Emploi
Santé
Droits
Information
Famille
Insertion
Orientation
Conseils
Métiers
Formation
Solidarité
Jeunes

Accès aux droits à la santé des 16-25 ans

- MEMENTO DU CONSEILLER EN MISSION LOCALE -







Avant-propos

L'accès aux soins constitue un droit fondamental. Pourtant, il est loin d'être une réalité chez les 16-25 ans. Faute de moyens financiers suffisants et davantage préoccupés par une recherche d'emploi ou de logement, nombre de jeunes renoncent à se soigner… Confrontés à un système de protection sociale complexe, ils méconnaissent les dispositifs auxquels ils peuvent prétendre et ne font pas valoir leur situation. Parmi les publics vulnérables, les jeunes en insertion professionnelle sont particulièrement concernés.

S'engageant dans la réduction des inégalités de santé, la Mutualité Française Aquitaine a réalisé en 2011, avec le soutien du Conseil Régional d'Aquitaine et en collaboration avec l'Association Régionale des Missions Locales d'Aquitaine (ARML), une enquête auprès des 23 missions locales de la région. L'objectif était de mieux connaître les besoins et les attentes des professionnels pour leur fournir des outils adaptés. Suite à cet état des lieux, la Mutualité Française Aquitaine a organisé en 2012-2013 des journées de sensibilisation pour les professionnels sur les thématiques de protection sociale, en partenariat avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

Ces travaux ont permis de mettre en évidence :

- l'importance des questions de santé dans l'accompagnement effectué en mission locale auprès des jeunes,
- le besoin de conforter les connaissances des conseillers en matière de droits et de dispositifs d'accès aux soins.

Pour répondre aux besoins exprimés par les professionnels en mission locale, la Mutualité Française Aquitaine a créé un memento sous forme de classeur, comprenant un aide-mémoire, des fiches synthétiques et des arborescences. Il vise à favoriser l'étude de la situation du jeune en matière de couverture sociale, lors d'un entretien individuel. Cette documentation a pu être élaborée avec les conseils de la CPAM de la Dordogne et de la MSA Dordogne Lot-et-Garonne et a bénéficié de l'appui du Conseil Régional d'Aquitaine et de l'ARML.

Le Conseil Régional d'Aquitaine a réuni un comité de pilotage composé de l'ARS Aquitaine (Agence Régionale de Santé), les CPAM, les Centres d'Examens de Santé des CPAM, l'IREPS Aquitaine (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) et l'ARML.

La Mutualité Française Aquitaine remercie l'ensemble des partenaires ayant contribué à ce projet.

Sommaire

- **Mode d'emploi** — **page 4**
- **Aide-mémoire** — **page 6**
- **Fiches et arborescences** — **page 7**

Système de santé — **page 7**
- Système de protection sociale français — page 7
- Carte Vitale — page 8
- Parcours de soins coordonnés — page 10
- Médecins libéraux - secteurs 1, 2 et 3 — page 12

Régime obligatoire — **page 13**
- Organismes et affiliation — page 13
- Couverture Maladie Universelle de Base (CMU-B) — page 14
- Arborescences régime obligatoire — page 16
  - Arborescence n°1 : Ouverture des droits par une activité professionnelle — page 16
  - Arborescence n°2 : Absence d'activité professionnelle ou insuffisante — page 17
  - Arborescence n°3 : Étudiant (< 28 ans) — page 18
  - Arborescence n°4 : Contrat CIVIS — page 19
  - Arborescence n°5 : Revenu de solidarité active (RSA) — page 20
  - Arborescence n°6 : Jeune handicapé (> 20 ans) — page 21
  - Arborescence n°7 : Militaire ou ancien militaire — page 22
  - Arborescence n°8 : Stagiaire Formation Professionnelle — page 23
  - Arborescence n°9 : Mineur ou femme isolée, avec enfant — page 24
  - Arborescence n°10 : Détenu — page 25
  - Arborescence n°11 : Décès de l'ouvrant droit — page 26
  - Arborescence n°12 : Expatrié — page 27
  - Arborescence n°13 : Étranger de la Communauté Européenne — page 28
  - Arborescence n°14 : Étranger hors Communauté Européenne — page 29

Régime complémentaire — **page 30**
- Choix d'une complémentaire santé — page 30
- Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) — page 33
- Aide à la Complémentaire Santé (ACS) — page 36
- Arborescences régime complémentaire — page 38
  - Arborescence n°15 : Bénéficiaire d'une complémentaire santé — page 38
  - Arborescence n°16 : Non bénéficiaire d'une complémentaire santé — page 39

Autre dispositif — **page 40**
- Aide Médicale d'État (AME) — page 40

- **Annexes** — **page 42**
  - Aide-mémoire : exemplaire à reproduire — page 42
  - Fiche contacts — page 43
  - Formulaires et barèmes — page 44

Mode d'emploi

Ce classeur est destiné aux professionnels des missions locales. Il a pour objectif de faciliter l'étude de la situation du jeune en matière de couverture sociale, à l'occasion d'un entretien individuel.



L'aide-mémoire

L'utilisation de cette liste d'items par le conseiller ou le référent santé est facultative. Elle s'organise en deux parties :

- **La partie gauche** recense les principales questions pour situer le jeune dans le parcours à l'accès aux droits et oriente vers des arborescences adaptées. Elle est à remplir par le conseiller avec le jeune et est conservée dans son dossier.
- **La partie droite**, à remettre à la personne à la fin de l'entretien, est un récapitulatif des documents et des démarches qui lui faudra entreprendre avant le rendez-vous suivant.

Les fiches et les arborescences

Grâce aux arborescences sur les régimes obligatoire et complémentaire, ainsi qu'aux fiches synthétiques, le classeur permet de mieux comprendre l'organisation et le fonctionnement du système de santé et d'orienter efficacement le jeune.

Lors de l'entretien individuel, le conseiller ou le référent santé peut s'appuyer sur l'aide-mémoire pour questionner le jeune et comprendre sa situation. Il se reporte ensuite aux arborescences indiquées. Les arborescences recensent toutes les situations possibles et, en fonction de chaque situation, les démarches et les possibilités offertes pour l'accès aux soins.

Conseils pratiques

- Mises à jour du classeur
- Les barèmes et les plafonds pour l'accès à la CMU-B, la CMU-C et l'ACS sont à réactualiser tous les **1er juillet**, en consultant le site internet www.cmu.fr.
- Les formulaires mis à disposition à la fin du classeur sont à vérifier et à mettre à jour chaque année.
- Les critères d'attribution de la CMU-B, la CMU-C et l'ACS sont susceptibles de modifications. Penser à les vérifier et à les corriger le cas échéant.

- **Aides à la constitution des dossiers**
- Avant de constituer un dossier, il est possible de faire une simulation sur le site internet www.ameli.fr.
- Certains départements demandent un état des comptes bancaires certifié par la banque (comptes courants et comptes d'épargne), lors de la constitution de dossiers ayant notamment comme conditions d'attribution les revenus.

- **Autres aides**
- L'attribution de la CMU-C entraîne automatiquement des baisses de tarifs de l'électricité et du gaz. Des réductions peuvent être attribuées sur les cartes de transport.
- Lors de dépenses de santé importantes, une aide ponctuelle peut être demandée auprès du régime obligatoire de sécurité sociale (CPAM, MSA, RSI...). Les aides sont différentes d'un département à l'autre, il est donc nécessaire de se renseigner.
- Si la personne est adhérente à une complémentaire santé (mutuelle, institut de prévoyance ou assurance...), il est également possible de faire une demande d'aide ponctuelle auprès de son fond d'action sociale. Les conditions d'attribution diffèrent selon les organismes complémentaires.

- **Changements de situation**
- Pour tout changement de situation (situation professionnelle, personnelle, déménagement, décès, naissance...), la carte Vitale doit être mise à jour à l'aide d'une borne (pharmacie, CPAM, MSA, RSI...).
- Pour tout changement de régime obligatoire (exemple de passage de la CPAM à la MSA ou inversement), la personne doit se rendre dans l'agence la plus proche de son domicile de son nouveau régime obligatoire, avec sa carte Vitale et l'ensemble des papiers attestant de son ancien régime pour faciliter les démarches.
- Pour tout renouvellement de dispositif (CMU, ACS, AME...), les démarches se font 2 mois minimum avant la fin des droits pour éviter un arrêt brutal des prises en charge.

À retenir :

Si une personne ne peut pas fournir certaines pièces justificatives, nécessaires à la constitution d'un dossier de demande de CMU ou d'ACS :

- ne surtout pas abandonner l'envoi des documents ou les envoyer de manière incomplète,
- mais **rédiger un courrier** mentionnant les pièces manquantes, en attestant sur l'honneur les raisons de leur absence et en s'engageant à les fournir ultérieurement.

Cette lettre peut éventuellement être écrite par **le référent** qui suit la personne.

Pour le conseiller Date : ....

Nom : .... **Prénom : ....**
Âge : .... Date de naissance : ....
Lieu de naissance : ....
N° de sécurité sociale : ....
☐ Célibataire ☐ Marié/pacsé/en couple ☐ Veuf/divorcé/séparé
Nb d'enfants à charge : ....
Installation dans les 12 derniers sur le département : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, département d'origine : ....
Hébergement : ☐ Hébergé à titre gratuit ☐ Locataire ☐ Propriétaire
☐ Sans logement ☐ Chez les parents
Aide au logement : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP
Demandeur d'emploi : ☐ Oui ☐ Non
Contrat Jeunes Majeurs, Garantie jeunes : ☐ Oui ☐ Non
Bulletins de salaire des 12 derniers mois : ☐ Oui ☐ Non

Si activité professionnelle dans les 12 derniers mois Arborescence n°1
Statut : ☐ Salarié ☐ Salarié agricole ☐ Indépendant ☐ Autre
Si activité salariale, a travaillé au minimum :
☐ 1200h sur l'année ☐ 120h sur le trimestre ☐ 60h sur le mois
Autres ressources : ☐ Oui ....€ ☐ Non
Aide financière des parents : ☐ Oui ....€ ☐ Non
Déclaration de revenus individuelle : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si pas d'activité professionnelle ou insuffisante Arborescence n°2
Déclaration de revenus individuelle : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
Ressources financières des 12 derniers mois : ....€
Autres ressources : ☐ Oui ....€ ☐ Non
Aide financière des parents : ☐ Oui ....€ ☐ Non

Cas spécifiques

Étudiant :	☐ Oui	Arborescence n°3
Bénéficiaire du CIVIS :	☐ Oui	Arborescence n°4
Signataire du RSA :	☐ Oui	Arborescence n°5
Allocation adulte handicapé :	☐ Oui	Arborescence n°6
Militaire ou ancien militaire :	☐ Oui	Arborescence n°7
Formation professionnelle :	☐ Oui	Arborescence n°8
Mineur ou femme isolée avec enfant :	☐ Oui	Arborescence n°9
Détenu, ayant-droit :	☐ Oui	Arborescence n°10
Décès de l'ouvrant-droit :	☐ Oui	Arborescence n°11
Expatrié :	☐ Oui	Arborescence n°12
Personne étrangère CE :	☐ Oui	Arborescence n°13
Personne étrangère hors CE :	☐ Oui	Arborescence n°14

Possession de la carte Vitale : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP
Ayant-droit d'un assuré : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP
Carte Vitale à jour : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
Déclaration de médecin traitant à jour : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
Régime d'assurance maladie : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ Autre ☐ NSP
Bénéficiaire de la CMU-Base : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP

☐ A une complémentaire santé (CS) Arborescence n°15
☐ N'a pas de CS Arborescence n°16
☐ NSP
Bénéficiaire de la CMU-C : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP
Ayant-droit d'une CS par le parent ou le conjoint : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
Adhérent d'une CS en personne : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP
Bénéficiaire de l'ACS : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP

Prochain rendez-vous : ....

Papiers nécessaires pour le prochain rendez-vous :
- ☐ Déclaration d'imposition individuelle
- ☐ Bulletins de salaire des .... derniers mois
- ☐ Montant aide financière des parents
- ☐ Montant allocation adulte handicapé
- ☐ Titre de séjour
- ☐ Carte Vitale personnelle
- ☐ Carte de complémentaire santé
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....

Démarches à faire pour le prochain rendez-vous :
....
....
....
....
....
....

Aide-mémoire

Pour le jeune Date : ....

Papiers nécessaires pour le prochain rendez-vous :
- ☐ Déclaration d'imposition individuelle
- ☐ Bulletins de salaire des .... derniers mois
- ☐ Montant aide financière des parents
- ☐ Montant allocation adulte handicapé
- ☐ Titre de séjour
- ☐ Carte Vitale personnelle
- ☐ Carte de complémentaire santé
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....
- ☐ ....

Démarches à faire pour le prochain rendez-vous :
....
....
....
....
....
....
....

Prochain rendez-vous :
....
Avec ....
Conseiller(ère) de votre Mission Locale

Merci de prévenir en cas d'impossibilité de vous rendre au rendez-vous

Coordonnées de votre Mission Locale

Système de protection sociale français

Régime obligatoire (RO) de base

= régime d'assurance maladie, appelé couramment "sécurité sociale"

= base de remboursement des dépenses de santé

Droits ouverts par un contrat de travail à la CPAM, la MSA, le RSI...

Droits ouverts par le régime étudiant (< 28 ans) (LMDE, Vittavi...)

Droits ouverts par des régimes propres à certains métiers (SNCF, militaires...)

Droits ouverts par la Couverture Maladie Universelle de Base (CMU-B), si aucune autre affiliation

Régime complémentaire (RC)

= mutuelles, assurances, instituts de prévoyance

= complément de remboursement des dépenses de santé

Affiliation par adhésion individuelle ou familiale

Affiliation par contrat de groupe par l'entreprise

Affiliation par la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

Dispositif spécifique pour les personnes étrangères : Aide Médicale d'État (AME) / (RO + RC)

Carte Vitale

La carte Vitale est une carte à "puce" qui contient les éléments administratifs nécessaires à la prise en charge des soins de la personne :

- l'identité de l'assuré et celle des ayants-droit de moins de 16 ans,
- le numéro d'immatriculation à la sécurité sociale,
- le régime d'assurance maladie auquel la personne est affiliée,
- la caisse d'assurance maladie à laquelle la personne est rattachée,
- les éventuels droits à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C),
- les éventuels droits à l'exonération du ticket modérateur en cas d'affection de longue durée (ALD), maternité, accident du travail...



Bon à savoir : La carte Vitale ne contient pas d'information sur l'état de santé.

La carte Vitale pour qui ?

- **À partir de 16 ans**

Le jeune reçoit à son domicile un formulaire à remplir et à renvoyer à l'organisme de régime obligatoire du parent de rattachement. Il obtient ensuite sa propre carte Vitale comportant sa photo et son numéro d'immatriculation à la sécurité sociale.
Si la personne ne reçoit pas le formulaire, il faut se rendre à la CPAM, la MSA, le RSI... ou en faire la demande par téléphone.

Remarques : L'accès à une carte Vitale avec un numéro de sécurité sociale personnel ne veut pas dire qu'il y ait ouverture de droits. Le jeune doit continuer à utiliser le numéro d'immatriculation de son ouvrant-droit (son parent ou tuteur légal) pour ses remboursements. Il doit aussi choisir un médecin traitant et le déclarer à son organisme de régime obligatoire.

- **Ouverture des droits**

Les droits du numéro personnel d'immatriculation à la sécurité sociale sont créés :

- à l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur (RO étudiant),
- au premier emploi (apprenti, stagiaire rémunéré, service civil, contrat en alternance, militaire...) sous condition d'un minimum d'heures de travail (cf. arborescence n°1, page 16),
- à partir de 25 ans, sous conditions, dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle de Base (CMU-B).

La carte Vitale en pratique

- **Mise à jour de la carte Vitale**

À chaque changement de situation professionnelle ou personnelle, après en avoir informé la caisse d'assurance maladie :

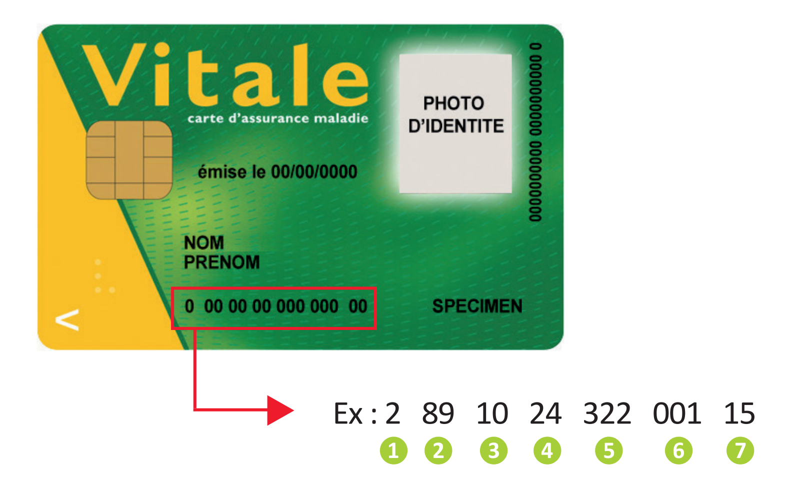
- Changement de droits : entrée dans la CMU-B, la CMU-C et/ou renouvellement, changement entre les différents régimes obligatoires (étudiant, premier emploi...)
- Changement d'état civil ou de situation familiale (mariage, naissance, divorce...) : ajout ou retrait possible d'un ou de plusieurs ayants-droit.
- Déménagement : affiliation à la caisse d'assurance maladie du nouveau département
- Maternité, affection de longue durée : droit à l'exonération du ticket modérateur

Et pour tous, chaque année : il faut mettre à jour la carte Vitale à une date choisie. Pour y penser, il est conseillé de retenir une période fixe ou la date notée sur la carte Vitale.

Avoir une carte Vitale permet des remboursements dans un délai rapide (5 jours) ainsi qu'une dispense d'avance des frais dans les pharmacies (tiers-payant).

Pour aller plus loin

- **Le numéro d'immatriculation à la sécurité sociale**



1 : sexe de la personne (1 : homme, 2 : femme)
2 : année de naissance
3 : mois de naissance
4 : département de naissance
5 : numéro INSEE de la commune de naissance
6 : numéro d'enregistrement à l'état civil, dans le mois, sur cette commune
7 : clef de contrôle

Dans cet exemple, la personne est une femme née en 1989, au mois d'octobre. Elle est née dans le département de la Dordogne, à Périgueux. Il s'agit du premier enregistrement du mois d'octobre sur cette commune.

À retenir : l'ouverture des droits avec le contrat CIVIS

Le contrat CIVIS (Contrat d'Insertion dans la Vie Sociale) s'adresse aux jeunes de 16 à 25 ans rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle. D'une durée d'un an renouvelable, son objectif est d'organiser des actions nécessaires à la réalisation d'un projet d'insertion dans un emploi durable. Conclu entre le jeune et la mission locale, **le CIVIS ouvre dès sa signature des droits personnels auprès à la CPAM du département** (voir arborescence n°4, page 19).

Le dispositif CIVIS est à distinguer du contrat Jeunes Majeurs et du contrat Garantie jeunes (mené à titre expérimental jusqu'à fin 2015). Ces deux formes d'accompagnement en mission locale n'accordent pas directement de droits auprès de l'assurance maladie. Néanmoins, elles représentent une occasion de faire le point sur la situation du jeune en matière de protection sociale. Pour déterminer les démarches à réaliser, il est alors nécessaire de se référer au statut de la personne au moment de la signature du contrat.

Parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés consiste à choisir et à consulter en priorité un médecin, dit **médecin traitant**, pour son suivi médical.



Public concerné

- **Choix du médecin traitant**

Le choix d'un médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie de 16 ans et plus. Le plus souvent, c'est le médecin généraliste qui est déclaré médecin traitant. Néanmoins, si le jeune a une pathologie lourde avec un suivi régulier, il peut choisir un spécialiste.

- **Déclaration du médecin traitant**

Un formulaire de déclaration est à remplir et à signer avec le médecin, à l'occasion par exemple d'une première consultation. Il est conseillé d'imprimer ce formulaire avant le rendez-vous pour le présenter au médecin. Une fois complété, ce document doit être envoyé à l'organisme d'assurance maladie (CPAM, MSA, RSI...).

Rôles du médecin traitant

Le médecin traitant joue un rôle central pour un suivi médical optimal.

- Il coordonne les soins.
- Il oriente dans le parcours de soins coordonnés vers les spécialistes et est l'interlocuteur à privilégier.
- Il connaît et gère le dossier médical de la personne en centralisant l'ensemble des informations concernant les soins.
- Il assure une prévention personnalisée.

Remboursements

- **Avec un médecin traitant**

Le remboursement se fait selon le tarif en vigueur, à l'exception de la franchise qui est à charge du patient (1€ par consultation).

- **Sans un médecin traitant**

Le remboursement des consultations est fortement diminué, incitant vivement à déclarer un médecin traitant et à respecter les démarches du parcours de soins coordonnés.

Situations particulières de parcours de soins coordonnés

- **Consultation d'un remplaçant du médecin traitant :** si le médecin traitant est indisponible, son remplaçant utilisera ses feuilles de soins et le remboursement se fera normalement.
- **Consultation lors d'un déplacement :** si le patient est loin de chez lui, il peut consulter un autre médecin. Ce dernier cochera "hors résidence" sur la feuille de soins. Le remboursement se fera normalement.
- **Consultation en urgence :** le médecin cochera la case "urgence" sur la feuille de soins
- **Consultation d'un médecin à la demande du médecin traitant :** si le médecin traitant oriente vers un confrère généraliste ou spécialiste, celui-ci devra noter sur la feuille de soins les coordonnées et le nom du médecin traitant pour un remboursement normal sur le tarif en vigueur.
- **Consultation de certains spécialistes :** les gynécologues, ophtalmologues, psychiatres (si le patient a entre 16 et 25 ans) ou stomatologues peuvent être consultés sans courrier du médecin traitant. Le médecin spécialiste cochera la case "accès direct spécifique" sur la feuille de soins pour un remboursement normal.

- **Exceptions sans conséquences financières au parcours de soins coordonnés**
- Les actes de dépistages organisés
- Les soins lors d'une hospitalisation
- Les soins lors d'une urgence
- Les soins à l'étranger
- L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse

Situations hors parcours de soins coordonnés

- **Absence de déclaration de médecin traitant :** le remboursement sera moindre.
- **Consultation d'un autre médecin généraliste à l'initiative du patient :** le remboursement ne sera pas intégral.
- **Consultation d'un spécialiste sans l'avis ou contre l'avis du médecin traitant :** en cas de consultation d'un spécialiste sans courrier d'accompagnement du médecin traitant, le remboursement ne sera pas intégral et des dépassements d'honoraires peuvent même être demandés.

Exemple de remboursements
consultation d'un généraliste
(en secteur 1, tarif = 23€)

Avec un médecin traitant
Remboursement du régime obligatoire (à 70%) = 16,10€
Participation forfaitaire à la charge de l'assuré = 1€
Remboursement du régime complémentaire* = 6,90€
(*Si l'assuré a souscrit un contrat de garantie.)
Soit un reste à charge de 7,90€

Sans un médecin traitant
Remboursement du régime obligatoire (à 60%) = 13,80€
Participation forfaitaire à la charge de l'assuré = 1€
Remboursement du régime complémentaire* = 9,20€
(*Si l'assuré a souscrit un contrat de garantie et si la complémentaire santé prend en charge les dépassements d'honoraires.)
Soit un reste à charge de 10,20€

Médecins libéraux - secteurs 1, 2 et 3

Les médecins libéraux peuvent accepter d'exercer dans le cadre d'une convention avec les organismes d'assurance maladie selon deux options (secteur 1 et 2) ou refuser et pratiquer hors convention (secteur 3).

Médecins conventionnés

Secteur 1

Un médecin exerçant en secteur 1 est un médecin conventionné par la sécurité sociale qui pratique un tarif fixe quel que soit son lieu d'exercice **sans dépassement d'honoraires**.

Ses honoraires correspondent aux tarifs qui servent de base au remboursement de l'assurance maladie. La complémentaire santé peut compléter le remboursement de la sécurité sociale en fonction de la garantie souscrite.

- **Exemple de remboursement en secteur 1**

Prix de la consultation d'un médecin généraliste en secteur 1 = 23 € (chiffres de 2014)

- Remboursement du régime obligatoire = 16,10€
- **Forfait à la charge de l'assuré = 1€**
- **Reste à charge pour l'assuré = 6,90€**
- Remboursement maximum possible par la complémentaire santé = 6,90€

Secteur 2

Le secteur 2 est appelé "secteur conventionné à honoraires libres". Les tarifs pratiqués par les médecins exerçant en secteur 2, sont libres et fixés par les professionnels et donc **enclins aux dépassements d'honoraires** (hors contrat d'accès aux soins).

Les dépassements d'honoraires sont fixés, selon les exigences de la caisse d'assurance maladie, avec tact et mesure. La sécurité sociale rembourse la consultation chez un médecin de secteur 2 sur le tarif de base.

La complémentaire santé prend en charge, à hauteur des garanties souscrites, les consultations et visites des médecins conventionnés.

- **Exemple de remboursement en secteur 2**

Prix moyen de la consultation d'un médecin généraliste en secteur 2 = 50 € (chiffres de 2014)

- Remboursement du régime obligatoire = 16,10€
- **Forfait à la charge de l'assuré = 1€**
- **Reste à charge pour l'assuré = 33,90€**
- Remboursement maximum possible par la complémentaire santé = 33,90€

Médecins non-conventionnés

Secteur 3

Les médecins de secteur 3 n'ont pas signé de convention avec la sécurité sociale. Ils fixent librement leurs tarifs. Ces médecins représentent environ 500 professionnels de santé en France. N'étant pas conventionné, une consultation chez un médecin de secteur 3 sera prise en charge à hauteur d' 1€ par la caisse d'assurance maladie. Le remboursement du reste à charge par la complémentaire santé n'est pas garanti.

- **Exemple de remboursement en secteur 3**

Prix moyen de la consultation d'un médecin généraliste en secteur 3 = 75 € (chiffres de 2014)

- Remboursement du régime obligatoire = 1€
- **Forfait à la charge de l'assuré = 1€**
- **Reste à charge pour l'assuré = 73€**
- Remboursement maximum possible par la complémentaire santé = 73€

Avant de consulter

- **Pour aider dans le choix d'un médecin, l'Assurance Maladie a développé un système en ligne "je choisis avant de consulter", regroupant toutes les informations nécessaires sur les professionnels de santé : coordonnées, tarifs, actes pratiqués, base de remboursement...**
- **Il est possible de demander le tarif du médecin par téléphone.**
- **Avant de consulter un médecin ou un spécialiste en secteur 2 ou 3, il est conseillé de vérifier que la complémentaire santé prend en charge une partie ou la totalité des dépassements d'honoraires.**
- **Certaines complémentaires santé sont conventionnées avec des médecins et proposent un meilleur remboursement du reste à charge pour leurs adhérents.**
- **Les tarifs des médecins doivent être affichés dans la salle d'attente.**

Organismes et affiliation

L'assurance maladie obligatoire est constituée de trois principaux régimes : le régime général, le régime agricole, le régime social des indépendants.
Il existe aussi d'autres régimes spéciaux, ayant souvent des origines historiques anciennes (SNCF, les mines, EDF, Banque de France...).

Organismes	Publics	Conditions d'affiliation
CNAMTS – Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés Le régime général des travailleurs gère la couverture sociale de la plupart des salariés et couvre environ 85% de la population française. Pour plus d'informations : www.ameli.fr	Salariés (CDD, CDI) Intérimaires Emplois à caractère saisonnier Bénéficiaires d'un contrat CIVIS	La personne est rattachée à la CPAM du lieu de résidence, en fonction de sa situation personnelle et professionnelle. L'affiliation se fait par l'employeur au moment de l'embauche (à l'exception d'un contrat CIVIS). Pour bénéficier des prestations de base de l'assurance maladie, elle doit justifier avoir travaillé au moins 60h sur un mois, ou au moins 120h sur un trimestre, ou 1200h sur 12 mois (à l'exception d'un contrat CIVIS ou d'un emploi à caractère saisonnier, pour lequel au moins 800h de travail sur 12 mois sont demandées). Il est possible d'être l'ayant-droit des parents, du conjoint cotisant ou encore du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS)...
CCMSA – Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole La Mutualité Sociale Agricole est l'organisme de protection sociale du monde agricole. Pour plus d'informations : www.msa.fr	Salariés agricoles Exploitants agricoles Emplois à caractère saisonnier	La personne est rattachée à la MSA du lieu de résidence. L'affiliation se fait après une inscription au centre de Formalités des Entreprises, par l'employeur au moment de l'embauche. La signature du dossier d'affiliation par la personne marquera son entrée au régime agricole. Pour bénéficier des prestations de base de l'assurance maladie, elle doit justifier avoir travaillé au moins 60h sur un mois, ou au moins 120h sur un trimestre, ou 1200h sur 12 mois (à l'exception d'un emploi à caractère saisonnier, pour lequel au moins 800h de travail sur 12 mois sont demandées). Il est possible d'être l'ayant-droit des parents, du conjoint cotisant ou encore du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS)...
RSI – Régime Social des Indépendants Le Régime Social des Indépendants est le 3ème grand régime obligatoire d'assurance maladie. Il couvre la plupart des professionnels non concernés par le régime général ou agricole. Pour plus d'informations : www.rsi.fr	Travailleurs indépendants Artisans, commerçants Professionnels libéraux	L'affiliation se fait après une inscription au Centre de Formalités des Entreprises. La caisse RSI procède automatiquement au rattachement de la personne en fonction du lieu de résidence et prend contact avec elle. L'inscription prend effet à partir de la date du début de l'activité professionnelle. Il est possible d'être l'ayant-droit des parents, du conjoint cotisant ou encore du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS)...

Couverture Maladie Universelle de Base (CMU-B)

La Couverture Maladie Universelle de Base (CMU-B) permet aux personnes qui ne sont pas affiliées à un régime de sécurité sociale de bénéficier d'une couverture maladie de base. Elle est gérée exclusivement par le régime général.



Public concerné

- **Conditions de statut**

Il ne faut pas être couvert par un régime obligatoire. Le demandeur doit résider en France de manière stable et régulière depuis au moins trois mois.

Dossier de demande

Formulaire s 3710 c : à retirer à la CPAM du lieu de résidence ou à imprimer sur www.cmu.fr.

- **Pièces justificatives à fournir**
- **Pièce d'identité en cours de validité :** carte d'identité, passeport
- **Preuve de la stabilité, de la présence en France depuis plus de trois mois :** quittances de loyer, bail, factures... (sauf pour les bénéficiaires du RSA ou de certaines prestations sociales et les demandeurs d'asile)
- **Preuve de la régularité du séjour pour les étrangers :** carte de résident, carte de séjour temporaire, autorisation provisoire de séjour, récépissé, convocation en préfecture...
- **Justificatif du revenu fiscal de l'année précédente :** dernier avis d'imposition ou de non-imposition, bulletins de paie, avis de paiement de Pôle-emploi, allocations diverses... (sauf pour les bénéficiaires du RSA socle et de la CMU-C)
- **Justificatif des personnes à charge :** si besoin
- **Carte Vitale et attestation d'assurance maladie** : si la personne a déjà eu des droits ouverts ultérieurement.

La cotisation à la CMU-B

L'ouverture des droits est soumise au paiement d'une cotisation proportionnelle aux revenus, sauf si :

- **les revenus annuels sont inférieurs à 9601€ par an (800€ nets par mois)*. Le plancher des revenus annuels est revu chaque année au 1er juillet (cf. www.cmu.fr),**
- **la personne bénéficie du RSA ou de la CMU-C.**

Cotisation = 8% x (revenu fiscal du foyer – 9601€)

** Chiffres au 1er juillet 2014, en vigueur au 1er octobre 2014. Données actualisées disponibles sur www.cmu.fr.*

Ouverture des droits

La procédure va prendre entre un à deux mois.

- **Affiliation à la CMU-B**

Sous 10 jours, un courrier est envoyé à la personne. Si la demande d'affiliation à la CMU-B est acceptée, le courrier est retourné avec l'attestation de droits à présenter lors des démarches médicales.
Les droits sont ouverts dès la date de dépôt du dossier pour la personne et ses ayants-droit, pendant une durée de 12 mois.

- **Renouvellement**

Avant le 1er août de chaque année, une nouvelle déclaration de ressources est envoyée à la personne par la CPAM du lieu de résidence.
Il faut la retourner avant le 15 septembre qui suit, avec les preuves de la stabilité et de la régularité de présence sur le territoire et/ou signaler tout changement de situation (mariage, divorce, reprise d'activité...).

Remarque : Pour un renouvellement de CMU-B, il faut vivre plus de 6 mois en tout sur le territoire français.

Couverture de base

La CMU-B permet d'être remboursé des dépenses de santé (y compris à l'hôpital), dans les mêmes conditions que les autres assurés.

- **Frais pris en charge**
- Remboursement de la part obligatoire (ex : les 70% sur la consultation du médecin généraliste)
- Prise en charge des actes et des médicaments en cas de maladie et de maternité

- **Frais non pris en charge**
- Ticket modérateur : part des dépenses restant à charge après le remboursement par l'assurance maladie
- Participation forfaitaire de 1€ sur les actes médicaux
- Franchises médicales de 0,50€ sur les médicaments, actes paramédicaux et transports, dans la limite de 50€ par an
- Forfait journalier et forfaits hospitaliers

Changement de situation

Si la personne est bénéficiaire de la CMU-B et qu'elle n'est plus en situation régulière, elle peut faire une demande d'Aide Médicale d'État (AME) sous conditions de ressources (cf. page 40).

À retenir :

Les possibles dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.

La CMU-B couvre la partie des dépenses remboursée par le régime obligatoire, il est donc recommandé de faire aussi les démarches pour une complémentaire santé en vue d'assurer une prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier.

Arborescence n°1 : Ouverture des droits par une activité professionnelle

Ouverture des droits par une activité professionnelle

→

Recherche de la caisse de sécurité sociale d'affiliation selon l'activité professionnelle (CPAM, MSA, RSI…) et vérification des droits

A déjà eu une activité salariale sur une année :
de manière cumulée
ou en une seule fois
au moins 1200h sur l'année
(800h pour un emploi saisonnier)
ou 120h sur un trimestre
ou 60h sur un mois

Ou exerce une activité indépendante à titre principal

Ouverture de droits personnels à la sécurité sociale

→

Si conditions remplies, maintien des droits pendant 1 an après cessation d'activité professionnelle

Si indemnisation par Pôle emploi, droits ouverts durant la période d'indemnité

Si fin d'indemnisation par Pôle emploi, maintien des droits pendant 1 an

→

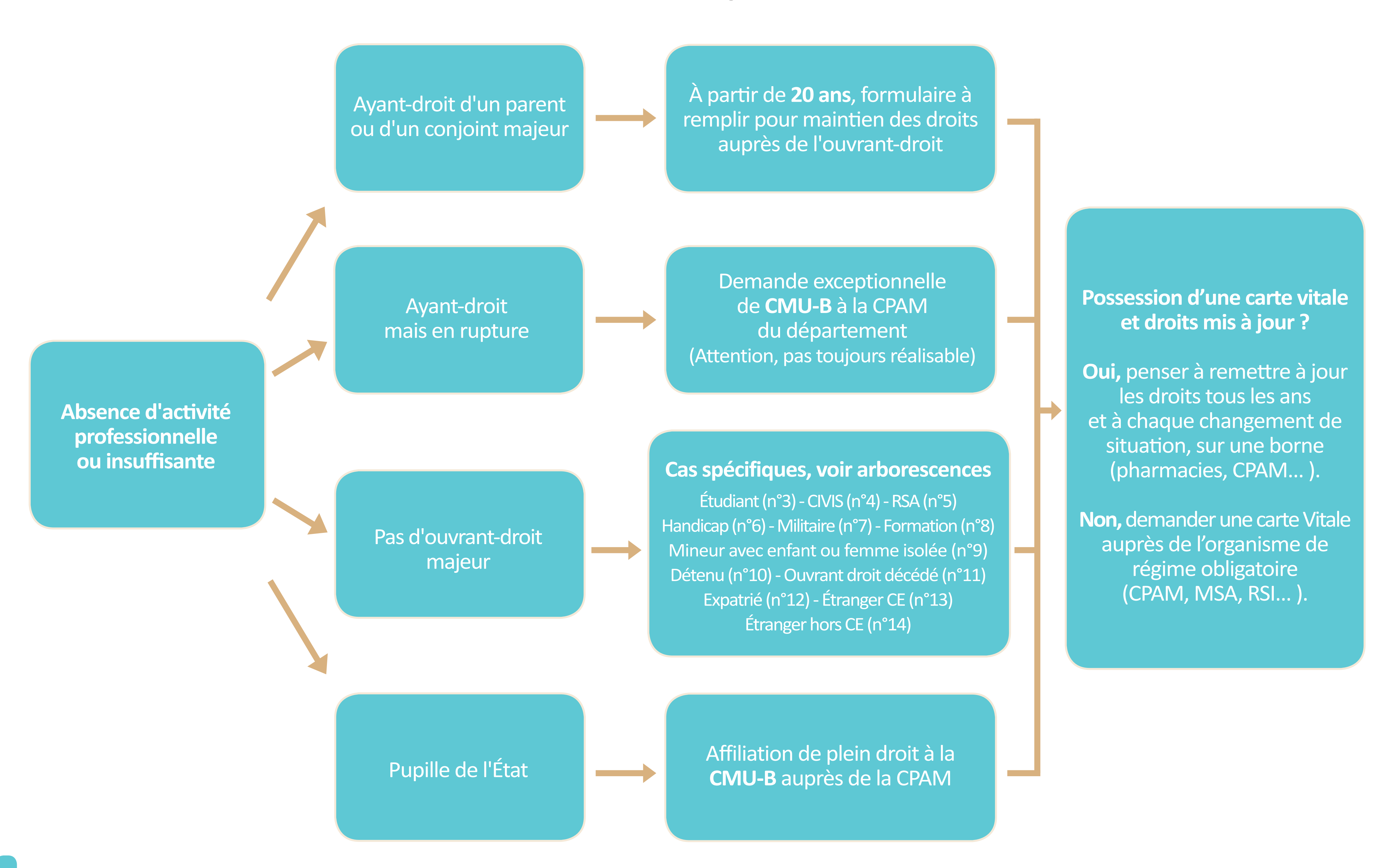
Possession d'une carte vitale et droits mis à jour ?

Oui, penser à remettre à jour les droits tous les ans et à chaque changement de situation, sur une borne (pharmacies, CPAM…).

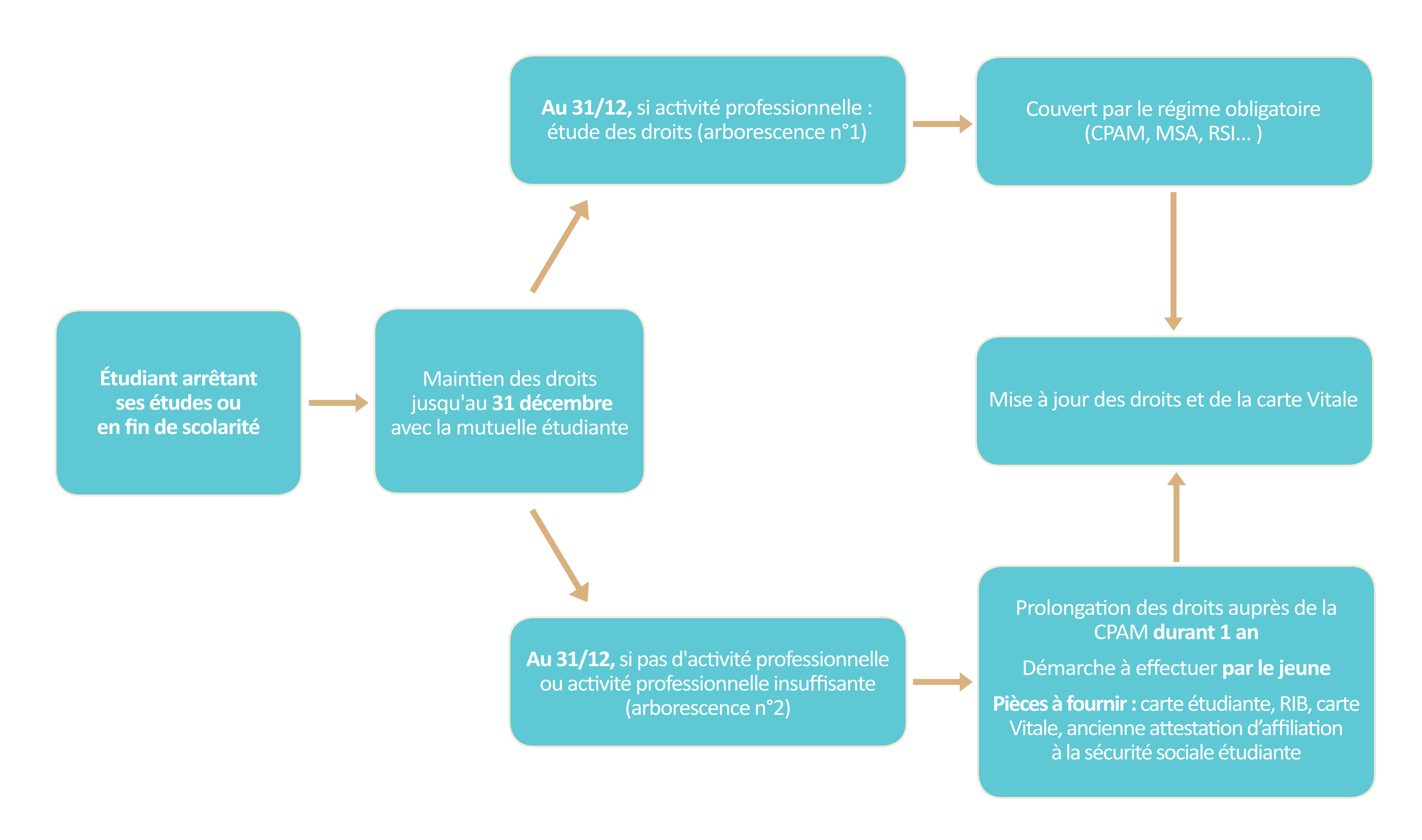
Non, demander une carte Vitale auprès de l'organisme de régime obligatoire (CPAM, MSA, RSI…).

Si conditions non remplies, voir arborescence n°2

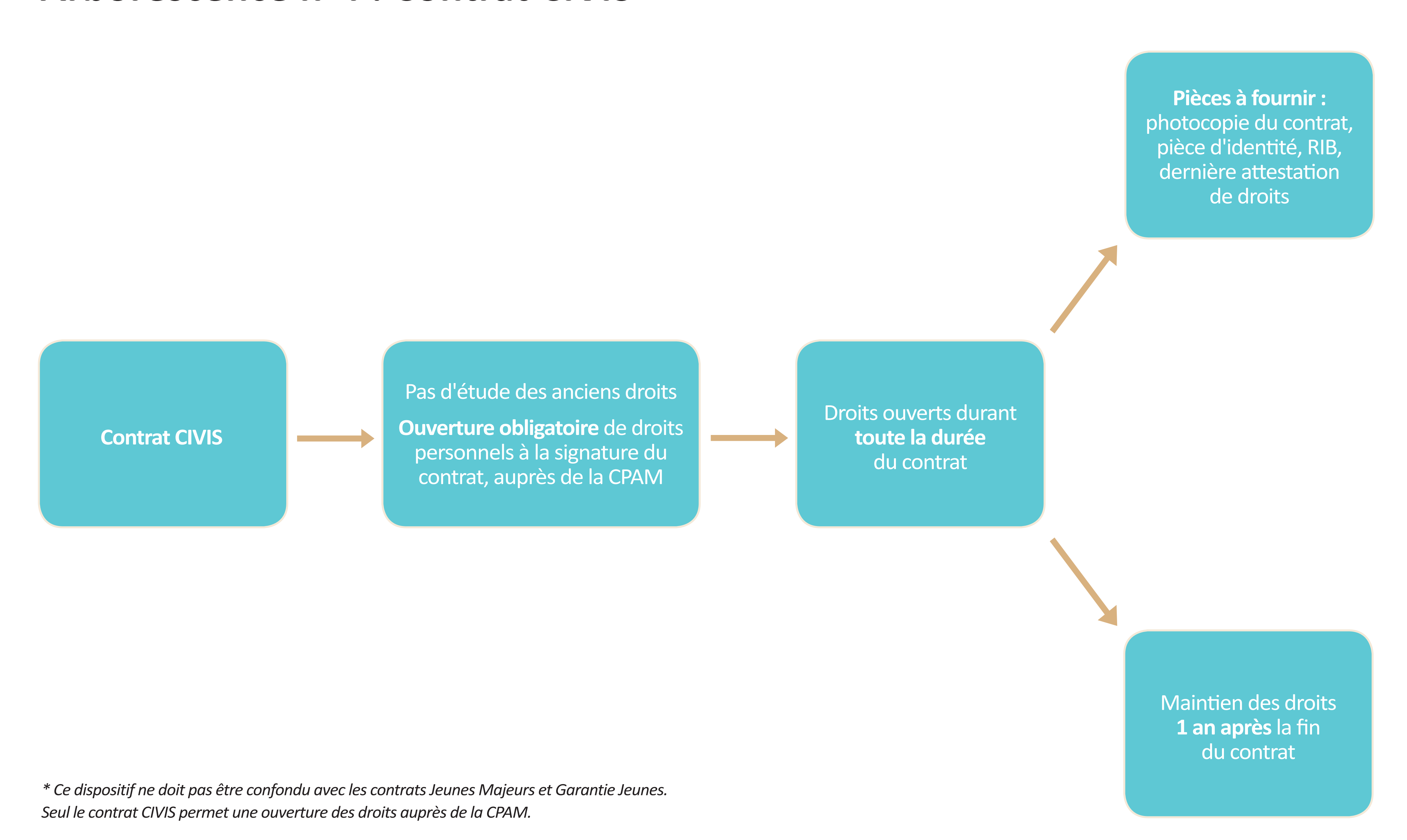
Arborescence n°2 : Absence d'activité professionnelle ou insuffisante



Arborescence n°3 : Étudiant (< 28 ans)

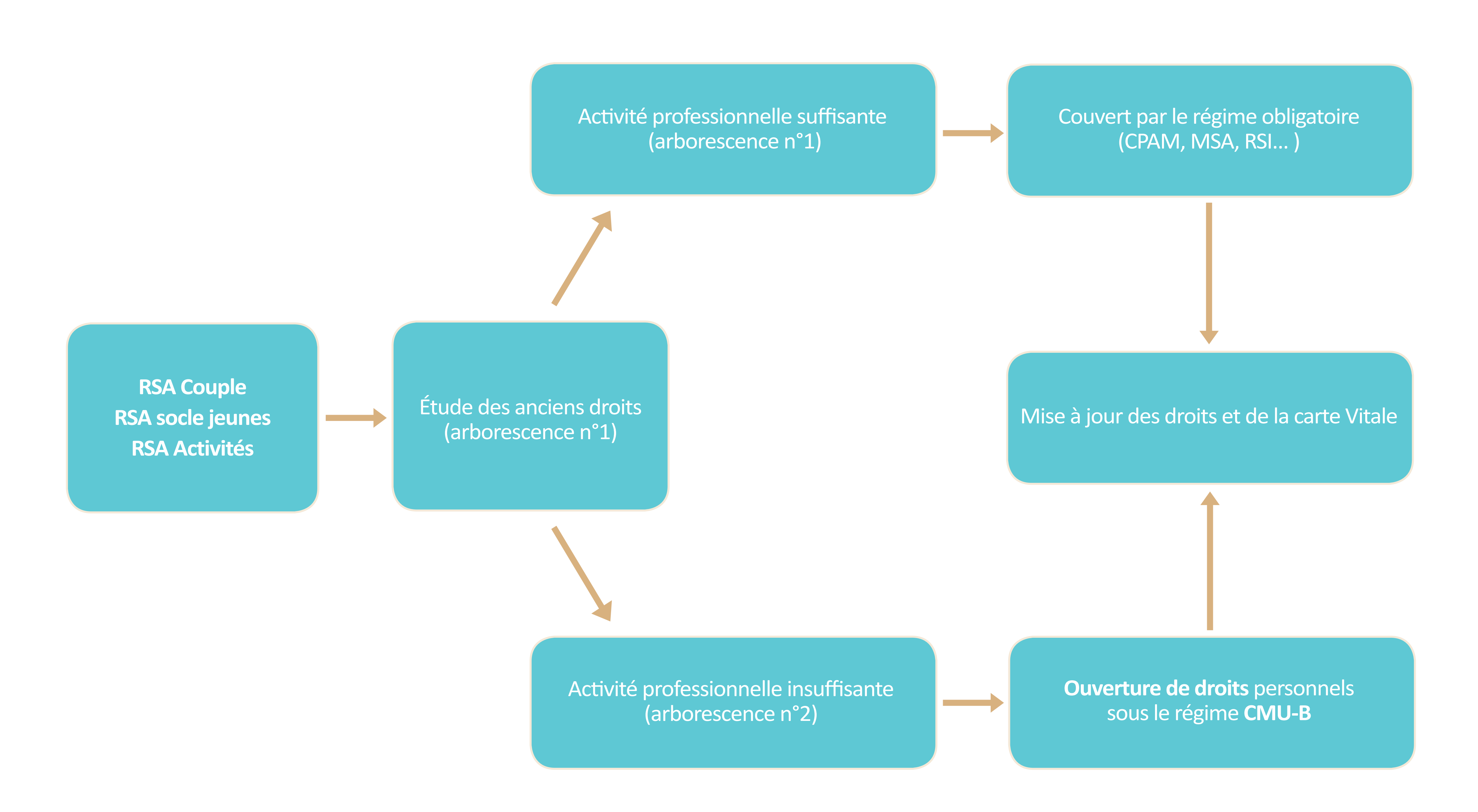


Arborescence n°4 : Contrat CIVIS*

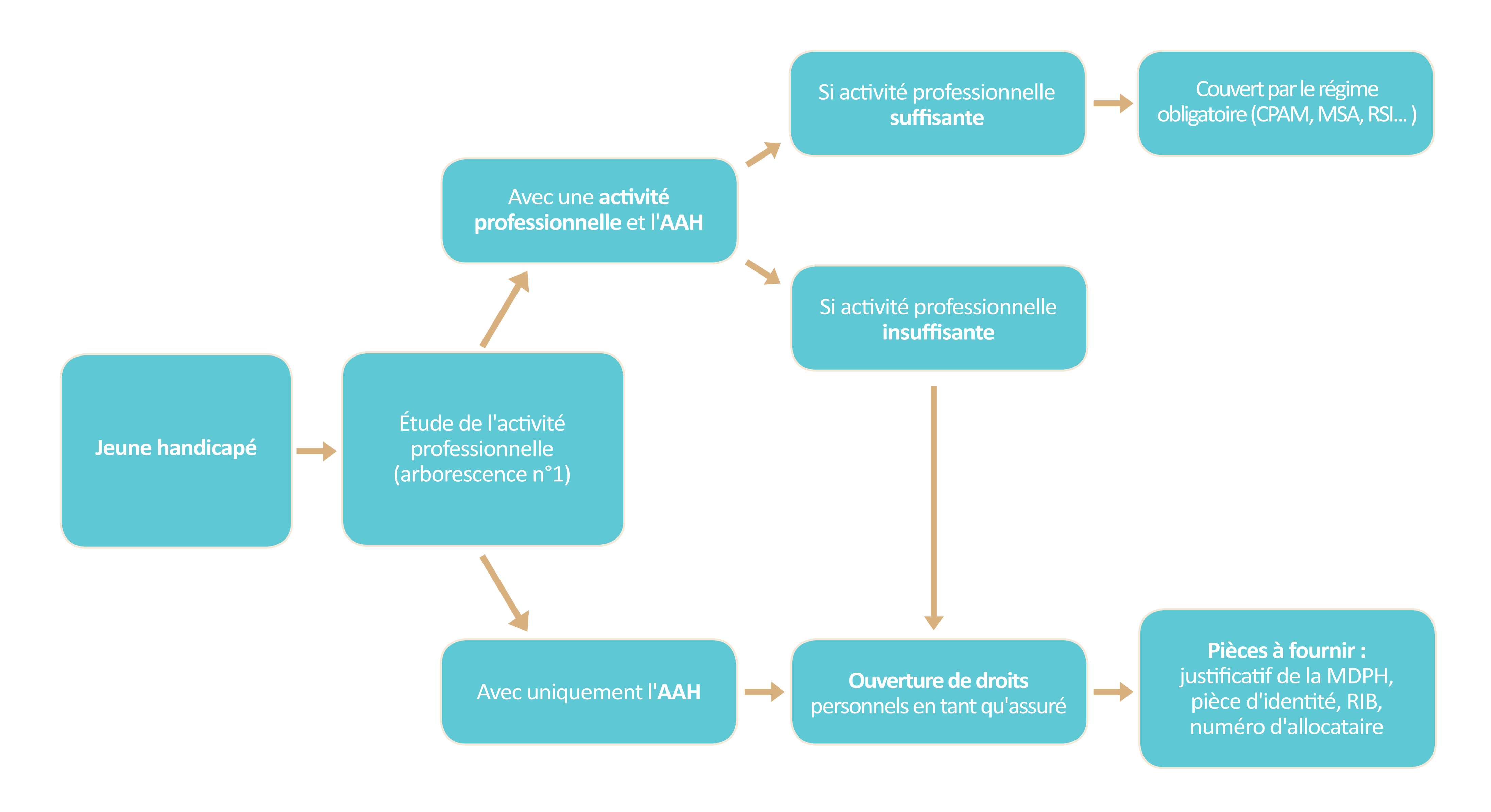


** Ce dispositif ne doit pas être confondu avec les contrats Jeunes Majeurs et Garantie Jeunes. Seul le contrat CIVIS permet une ouverture des droits auprès de la CPAM.*

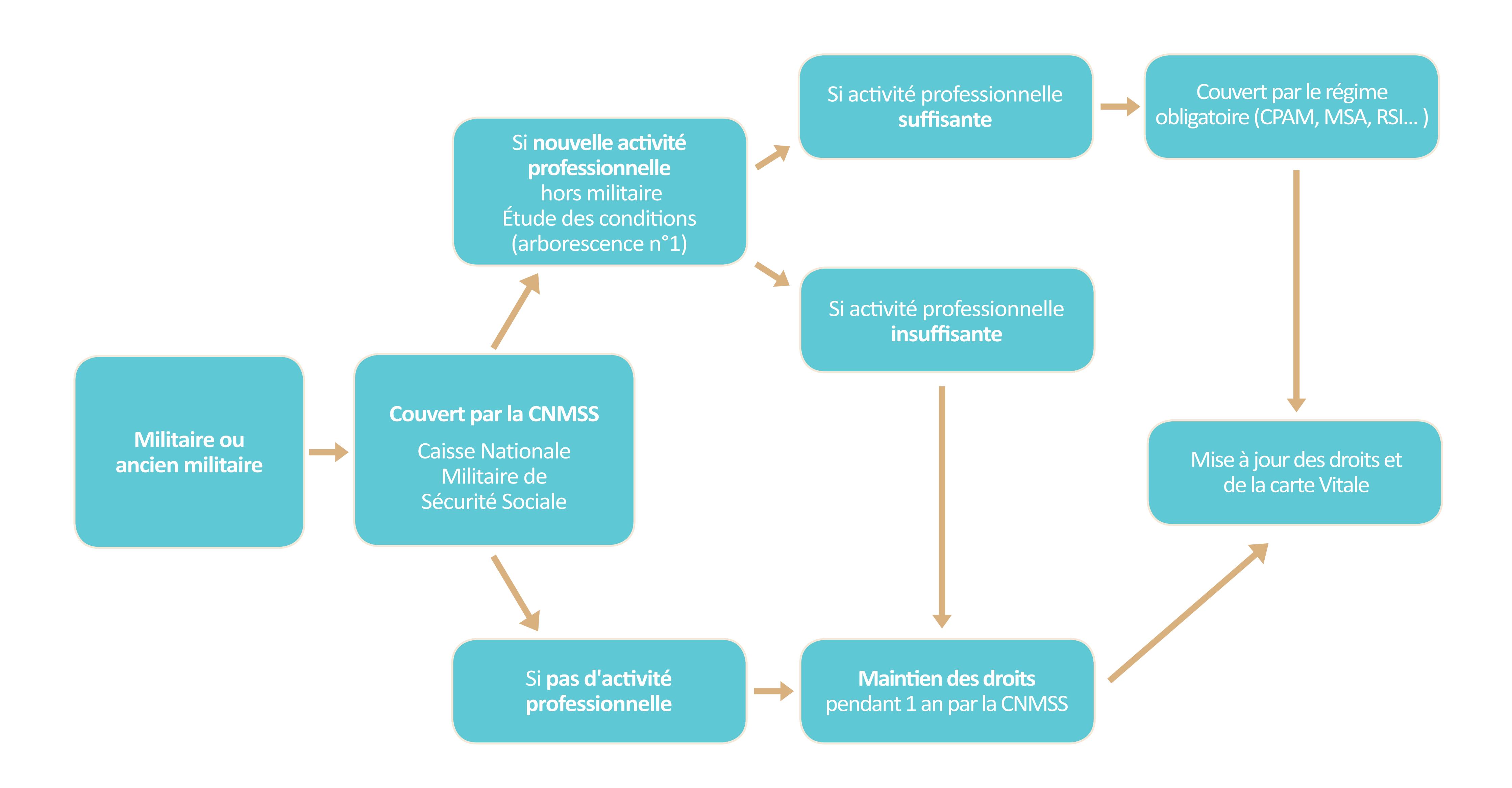
Arborescence n°5 : Revenu de solidarité active (RSA)



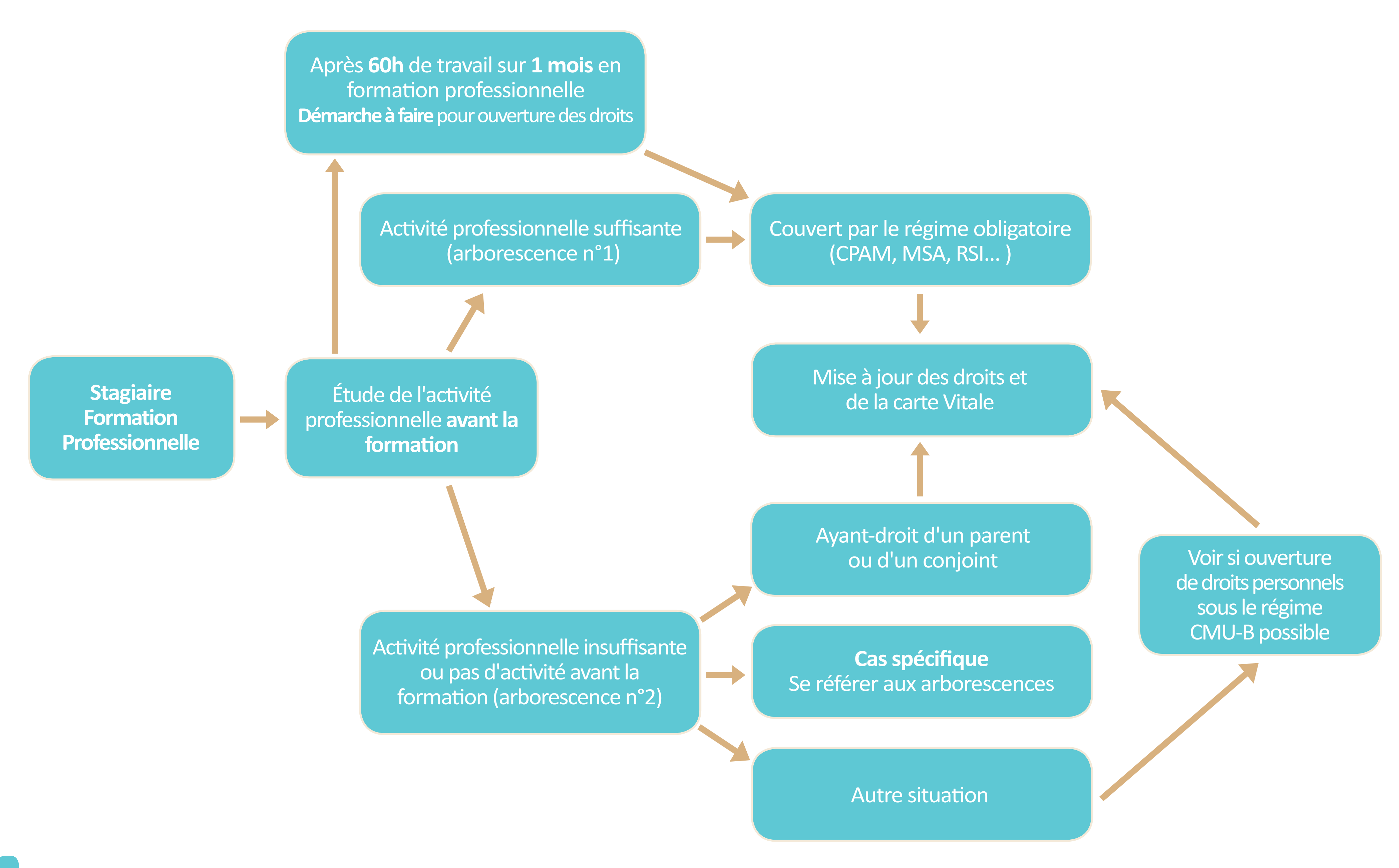
Arborescence n°6 : Jeune handicapé (> 20 ans)



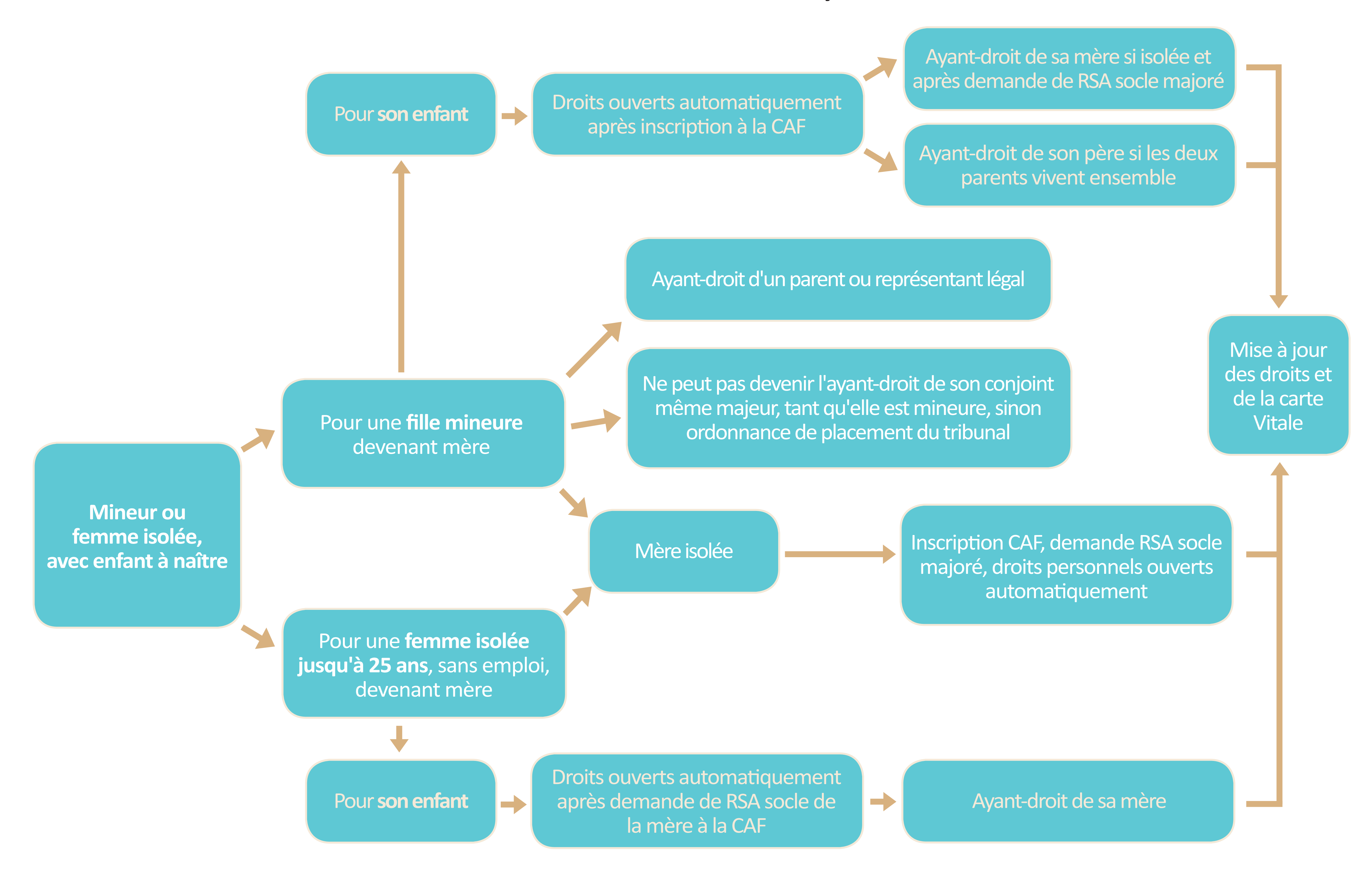
Arborescence n°7 : Militaire ou ancien militaire



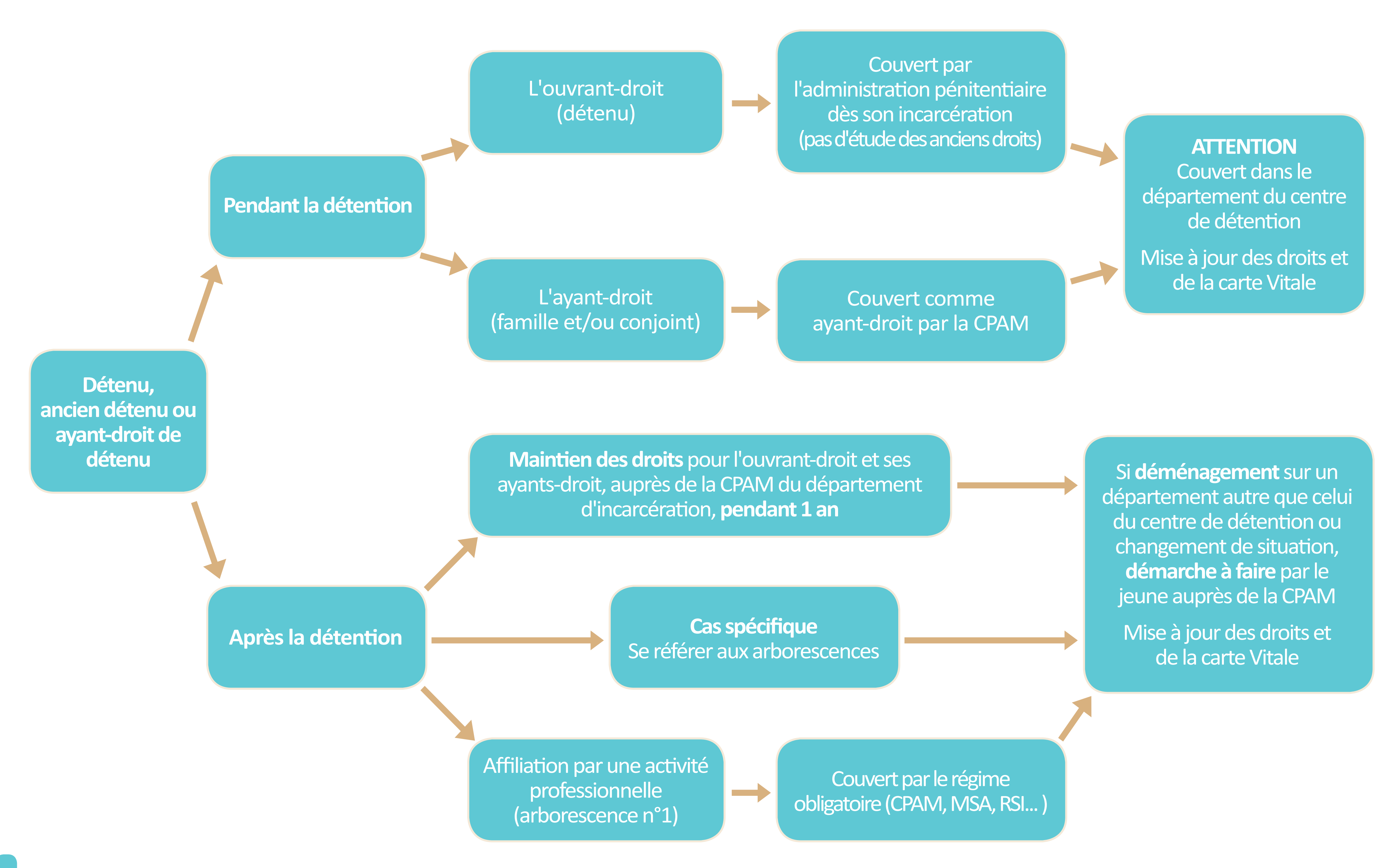
Arborescence n°8 : Stagiaire Formation Professionnelle



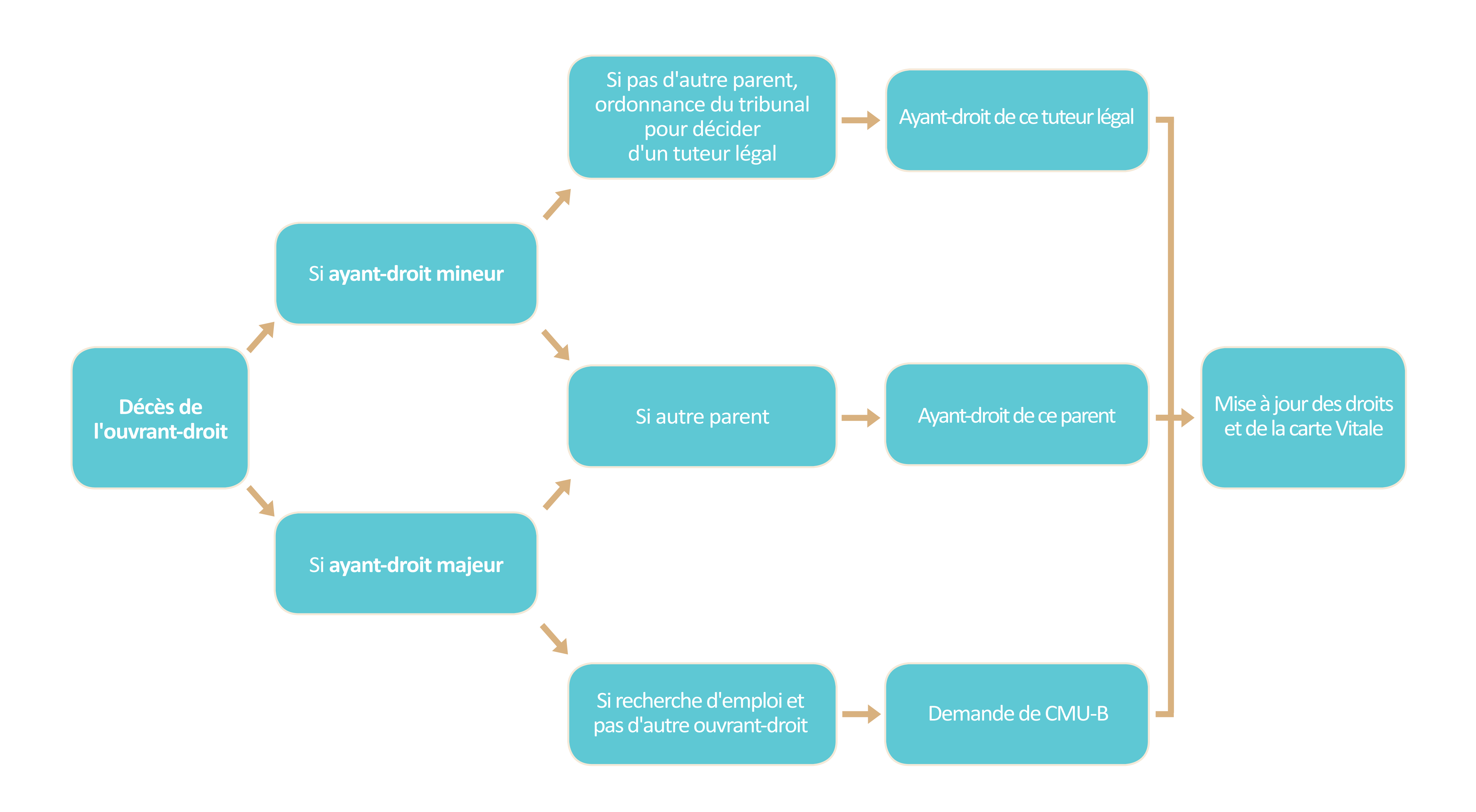
Arborescence n°9 : Mineur ou femme isolée, avec enfant à naître



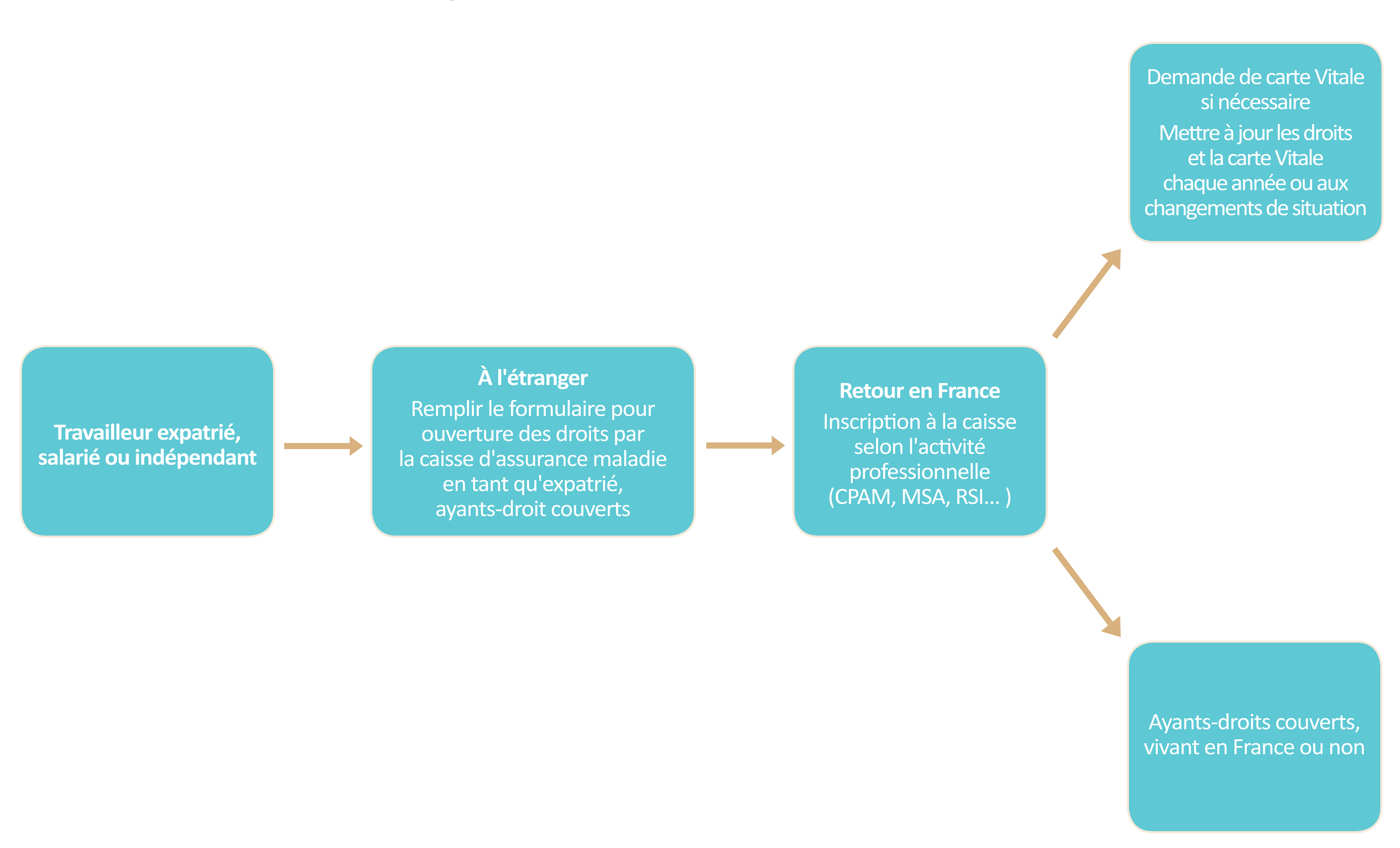
Arborescence n°10 : Détenu



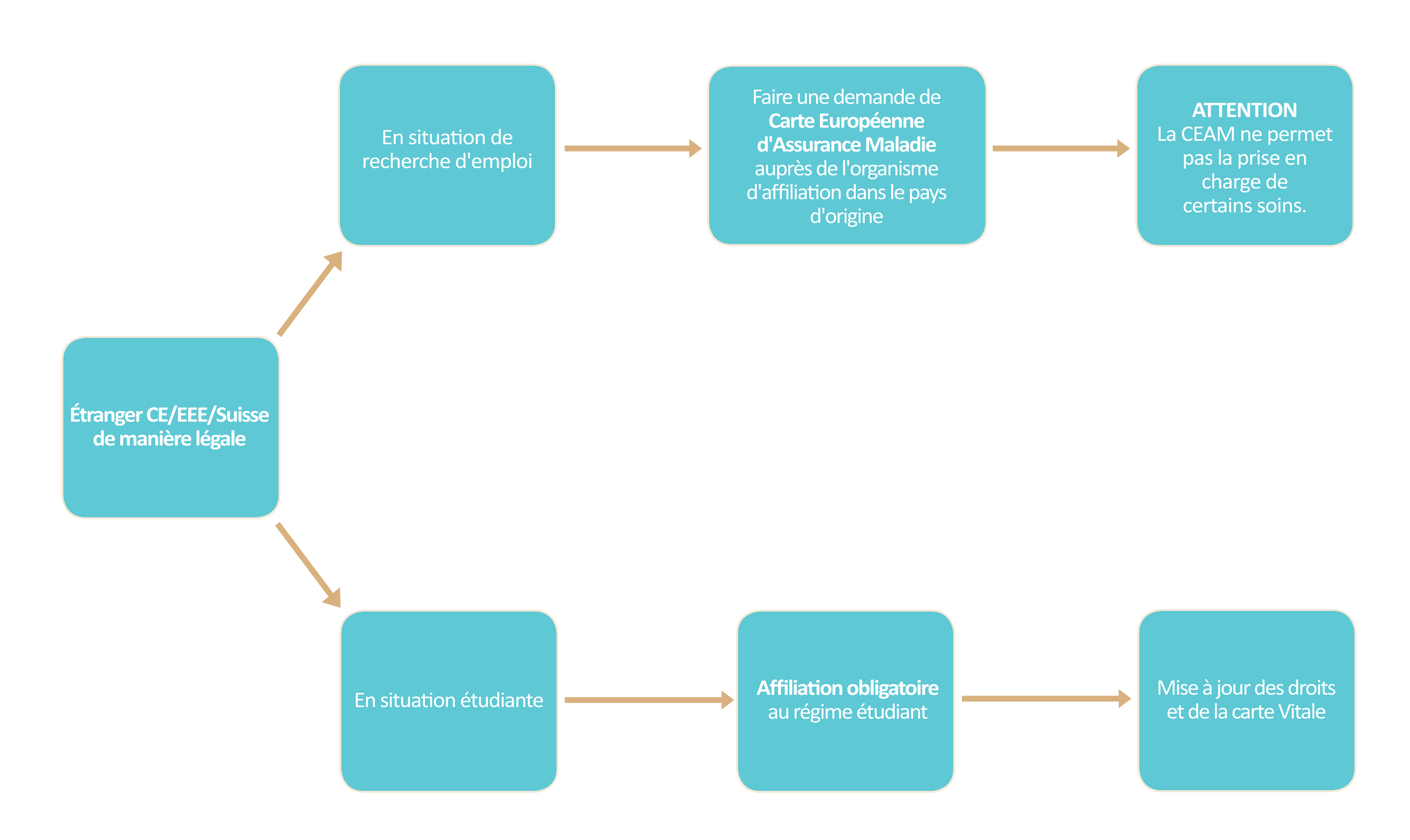
Arborescence n°11 : Décès de l'ouvrant-droit



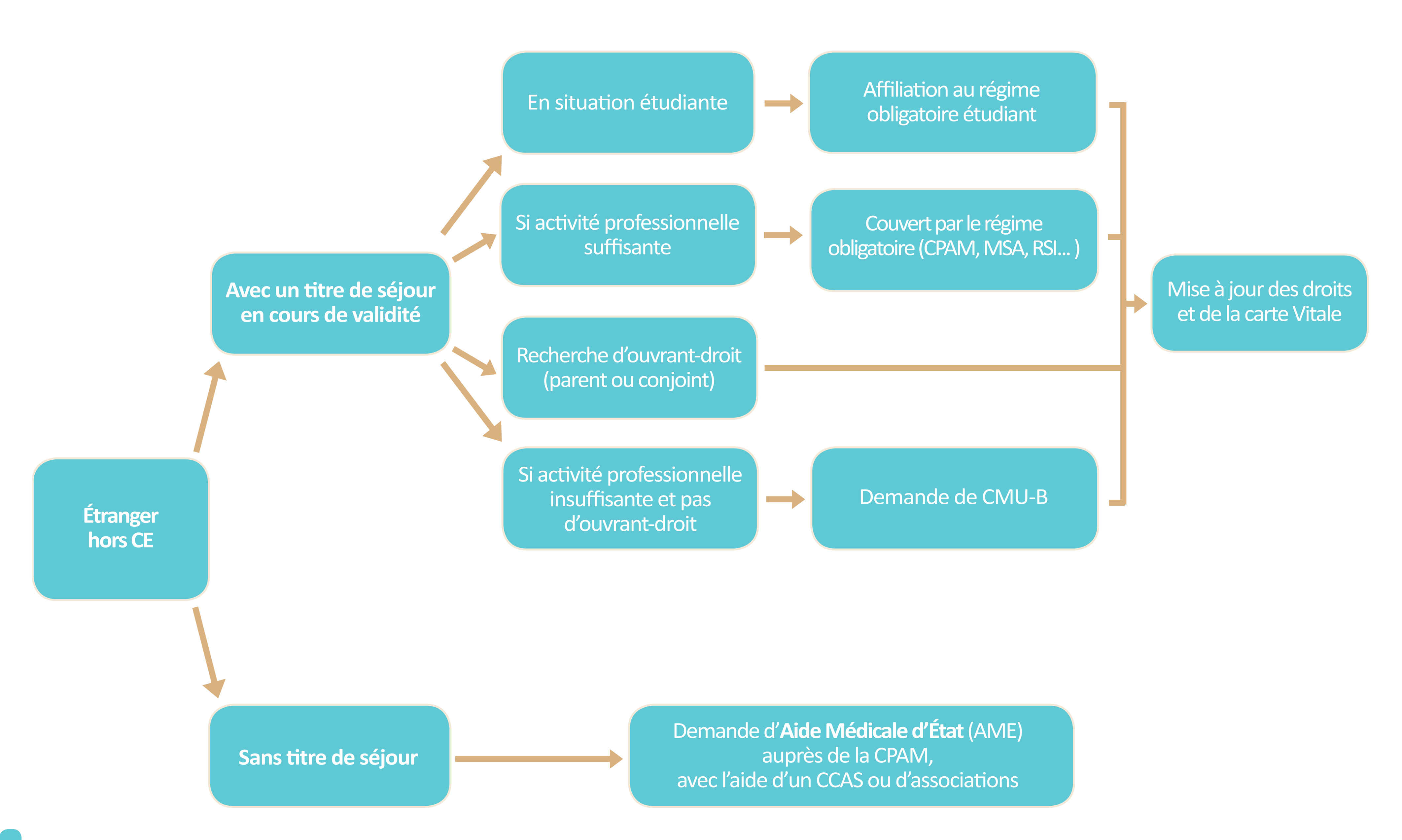
Arborescence n°12 : Expatrié



Arborescence n°13 : Étranger de la Communauté Européenne



Arborescence n°14 : Étranger hors Communauté Européenne



Choix d'une complémentaire santé

Le régime obligatoire de sécurité sociale ne rembourse qu'une partie des dépenses de soins. L'autre partie, appelée "ticket modérateur", est financée directement par le particulier ou par l'intermédiaire d'une couverture complémentaire en santé à laquelle il cotise.
La complémentaire santé agit en complément de la sécurité sociale obligatoire. Elle a pour rôle de couvrir tout ou une partie des dépenses non remboursées par la sécurité sociale.



Les organismes de complémentaire santé

Plusieurs types d'organismes peuvent proposer une complémentaire santé :

- **Les mutuelles**
Régies par le code de la Mutualité, elles fonctionnent grâce à la solidarité de leurs adhérents. Il s'agit d'organismes à but non lucratif. Ils n'ont pas d'actionnaires à rémunérer et doivent réinvestir leurs éventuels excédents au service de la santé de leurs adhérents.

- **Les instituts de prévoyance**
Régis par le code de la Sécurité Sociale, ils sont spécialisés dans les contrats qui vont au-delà de la couverture santé à court terme. Les instituts de prévoyance sont des sociétés de personnes et non de capitaux, à but non lucratif.

- **Les sociétés d'assurances**
Régies par le code des Assurances, les sociétés d'assurances sont des sociétés de capitaux à but lucratif avec des actionnaires à rémunérer. Les prix des garanties santé peuvent être fonction des antécédents et des frais médicaux engagés pour un assuré.

Pourquoi prendre une complémentaire santé ?

- Une complémentaire santé s'adresse à tous : salariés du privé, fonctionnaires, professions indépendantes, professions agricoles, jeunes et moins jeunes, étudiants, chômeurs, retraités, vivant seul, avec des enfants ou en famille...
- Même en étant peu malade, une simple consultation chez un généraliste n'est pas remboursée en totalité par la sécurité sociale (16,10€ remboursés sur 23€ dépensés).
- Certaines prises en charge, telles que les hospitalisations, peuvent engendrer des coûts très lourds à supporter.
- Certaines consultations spécialisées et actes médicaux peuvent conduire à des sommes non négligeables.



Contrat individuel, contrat famille et contrat collectif : quelles différences ?

Le contrat individuel

La complémentaire santé peut être souscrite à titre individuel. Cela signifie que la personne s'adresse à un organisme de complémentaire santé qui lui propose, selon sa situation, des contrats avec des garanties adaptées pour prendre en charge tout ou une partie des dépenses non remboursées par la sécurité sociale.

Le contrat famille

Lorqu'une personne souscrit un contrat qui lui permet de couvrir l'ensemble de sa famille, on parle alors de contrat famille.

Le contrat collectif

Dans certaines entreprises, l'employeur souscrit une complémentaire santé (le plus souvent obligatoire) et négocie les garanties pour l'ensemble des salariés. On parle alors de contrat collectif. Ce contrat peut couvrir le salarié seul ou, également, l'ensemble des membres de sa famille.
En 2016, toutes les entreprises du secteur privé auront obligation de proposer un contrat collectif.

Choisir une complémentaire santé

- **Examiner les garanties Optique (lentilles et lunettes)-Dentaire-Hospitalisation :** ces soins sont les moins bien remboursés par le régime obligatoire de sécurité sociale, avec un reste à charge élevé pour le patient.
- **Analyser les besoins** de la famille, ses habitudes médicales et son budget... Il est inutile de prendre des options superflues.
- **Comparer les prestations :** les prix varient d'une complémentaire santé à l'autre, avec les mêmes prestations. Il est recommandé de demander des devis.
- **Se renseigner** auprès de l'entourage ou d'un conseiller, tous pourront orienter dans les démarches et faire part de leur expérience.
- **Donner la priorité aux remboursements clairement indiqués.** Tarif en %, en €, forfait... Ne pas hésiter à demander des explications claires en fonction des besoins en santé (ex : si port de lunettes, se renseigner sur le reste à charge).
- **Ne pas ignorer les soins non remboursés par la sécurité sociale.** Certaines prescriptions médicales comme les vaccins ou les médicaments de sevrage tabagique sont pris en charge par certaines complémentaires santé.
- **Faire évoluer le contrat** en fonction des besoins.

Remarque : Attention aux comparateurs de prix sur Internet qui communiquent essentiellement sur des tarifs et non pas sur le contenu des garanties. Se déplacer dans une agence permet de bénéficier des conseils et des explications d'un conseiller.

Comprendre les garanties des contrats

- Les garanties des complémentaires santé peuvent être plafonnées par an et par acte, limitées en nombre et dans le temps. Il faut bien lire les conditions ou appeler l'agence concernée.
- Certains actes demandent des accords de prises en charge préalables. Sans accord, les frais ne seront pas remboursés.
- Lorsque la garantie couvre certaines dépenses dites "de confort" (ostéopathie, contraceptif, sevrage tabagique...), il faut demander des factures pour les envoyer à la complémentaire santé afin d'être remboursé selon les conditions prévues au contrat de la garantie.

Pour aller plus loin

Les garanties d'une complémentaire santé sont le plus souvent exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) ou en euros. Dans tous les cas, les prestations versées ne peuvent jamais dépasser les dépenses réelles.

- **Pourcentage de la base de remboursement (BRSS)**

La **base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS)** est un tarif réglementé, fixé par la sécurité sociale pour déterminer le montant du remboursement de chaque acte référencé dans la liste des actes et prestations de l'assurance maladie (LAP). Quelles que soient les dépenses, la sécurité sociale et la complémentaire santé remboursent les frais de santé sur la base de ce tarif et non sur les dépenses réelles.

Le **remboursement de la sécurité sociale (RSS)** s'effectue selon un pourcentage de la BRSS.

Attention : Une garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement peut **inclure ou exclure** le remboursement de la sécurité sociale. La mention "sous déduction" ou "en complément" est alors présente sur le tableau des garanties transmis par la complémentaire santé.

- **"Sous déduction"** signifie que le montant de la garantie inclut le montant du remboursement de la sécurité sociale *(Cas n°1).*
- **"En complément"** signifie que le montant de la garantie s'ajoute au montant du remboursement de la sécurité sociale *(Cas n°2)*.

- **Forfait en euros, par acte ou par an**

Pour certaines prestations (soins dentaires et optiques), les garanties indiquent des montants forfaitaires, c'est-à-dire les montants plafonds de remboursement, par acte ou par an *(Cas n°3)*.
Si la dépense de santé est inférieure au montant forfaitaire, le remboursement sera intégral et la partie restante du forfait pourra être utilisée ultérieurement.

- **Autres possibilités de prise en charge**

Les remboursements prévus dans la garantie peuvent également être exprimés en :

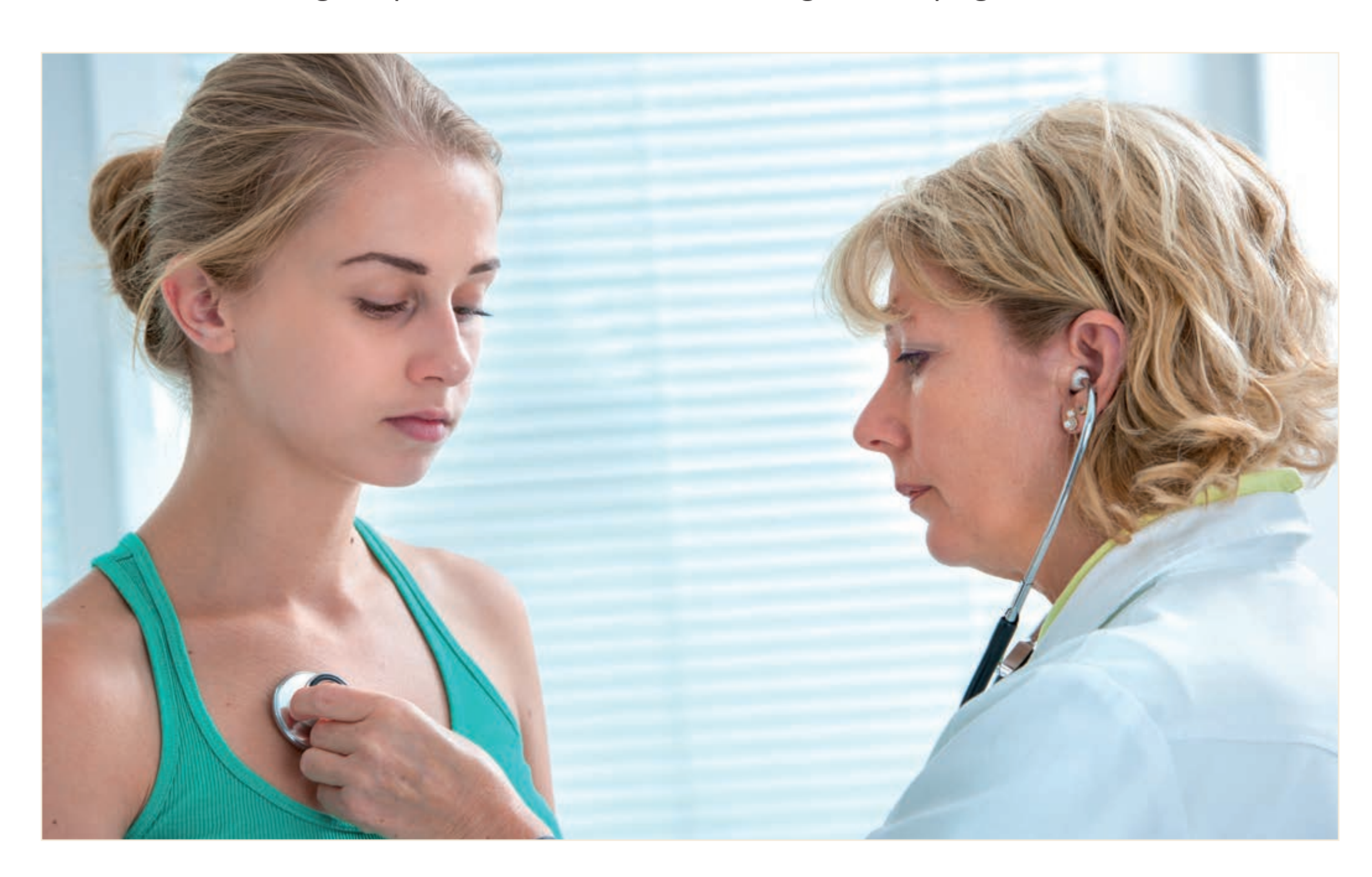
- **Pourcentage du remboursement de la sécurité sociale (RSS) :** La garantie pratiquée est basée sur le tarif remboursé par la sécurité sociale *(Cas n°4)*. Par exemple, si la sécurité sociale rembourse 16,80€ sur la consultation d'un spécialiste, une garantie à 300% du RSS prend en charge 300% x 16,80€ soit 50,40€.
- **Pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS)** : Le plafond mensuel de la sécurité social (PMSS) est fixé annuellement (3129€ en 2014). Dans ce cas, la complémentaire santé rembourse les frais de santé selon un pourcentage du PMSS, qui varie pour chaque soin *(Cas n°5)*. Par exemple, une garantie à 2% du PMSS prend en charge 2% x 3129€ soit 62,60€.
- **Frais réels :** La complémentaire santé rembourse l'intégralité du reste à charge, quel que soit le montant *(Cas n°6)*.

Exemples de remboursements pour la consultation d'un spécialiste à 80€ en fonction des garanties souscrites

	Cas n°1	Cas n°2	Cas n°3	Cas n°4	Cas n°5	Cas n°6
Remboursement prévu dans le contrat	**300% BRSS, sous déduction**	**300% BRSS, en complément**	**Forfait à 40€ par acte**	**300% RSS**	**2% PMSS**	**Frais réels**
Dépense	80€	80€	80€	80€	80€	80€
BRSS	24€	24€	24€	24€	24€	24€
RSS = 70% BRSS	16,80€	16,80€	16,80€	16,80€	16,80€	16,80€
Remboursement Complémentaire Santé (CS)	Garantie - RSS = 300% BRSS - 70% BRSS = 230% BRSS = **55,20€**	300% BRSS = 300% x 24 = **72€**	**40€**	300% RSS = 300% x 16,8 = **50,40€**	2% PMSS = 2% x 3129 = **62,60€**	Dépense - RSS 80 - 16,8 = **63,20€**
Remboursement total	RSS + CS = 16,8 + 55,2 = **72€**	RSS + CS > dépense donc **80€**	RSS + CS = 16,8 + 40 = **56,80€**	RSS + CS = 16,8 + 50,4 = **67,20€**	RSS + CS = 16,8 + 62,6 = **79,40€**	RSS + CS = 16,8 + 63,2 = **80€**
Reste à charge	Dépense - RT = 80 - 72 = **8€**	Dépense - RT = 80 - 80 = **0€**	Dépense - RT = 80 - 56,8 = **23,20€**	Dépense - RT = 80 - 67,2 = **12,80€**	Dépense - RT = 80 - 79,4 = **0,60€**	Dépense - RT = 80 - 80 = **0€**

Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) permet la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé. Aucun dépassement d'honoraires ne peut être facturé par un professionnel de santé. Aussi les dépenses de santé sont prises en charge à 100% des tarifs de la sécurité sociale. Aucune avance des frais n'est nécessaire. Les dépenses de santé sont directement réglées par l'assurance maladie et l'organisme qui gère la CMU-C.



Principe de la CMU-C

La CMU-C fonctionne comme une complémentaire santé, elle procède au remboursement de la partie complémentaire (exemple des 30% restant, lors d'une consultation chez un généraliste, après le remboursement de la partie régime obligatoire) et offre de nombreux avantages santé.

Les personnes couvertes par la CMU-C doivent respecter le parcours de soins coordonnés comme tout assuré social et déclarer un médecin traitant auprès de l'organisme d'assurance maladie.

À retenir : Pour accéder à tous les services et avantages proposés dans le cadre de la CMU-C, il faut **obligatoirement** avoir sa carte Vitale et fournir son attestation à jour.

Prestations de la CMU-C

- Elle ne permet pas aux professionnels de pratiquer des dépassements d'honoraires (tarifs opposables).
- Elle prend en charge un panier de soins sur la base du remboursement de la sécurité sociale. Les dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale.
- Elle rembourse l'intégralité du ticket modérateur (reste à charge) et du forfait hospitalier sans limitation de durée (18€ minimum par jour d'hospitalisation).
- Elle propose également un forfait en optique, dentaire et audition.
- Elle permet une couverture "gratuite" : il n'y a pas de cotisation à régler durant une année.

- Elle dispense d'avance de frais chez les professionnels (tiers-payant social). Les 23€ demandés par un généraliste à la fin d'une consultation ne seront pas à régler.
- Elle exonère des franchises (ex : 1€ pour la consultation d'un généraliste) et des participations forfaitaires.

Public concerné

- **Conditions de statut**
- Résider en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois.
- Être âgé de 25 ans et plus,
- ou être ayant-droit (conjoint, concubin, PACS et personnes à charge) d'une personne bénéficiant de la CMU-C.

Sont aussi concernés :

- les jeunes de 16 ans et plus ayant rompu tout lien familial,
- les 18-25 ans ne vivant plus au domicile des parents, ayant une autonomie fiscale et financière ou attestant par écrit sur l'honneur d'y accéder l'année suivante par une déclaration fiscale individuelle.

- **Conditions de ressources**

Il existe un plafond des ressources qui varie selon la composition familiale et le lieu de résidence, redéfini chaque année au 1er juillet (cf. www.cmu.fr pour le connaître). Il faut compter dans ces ressources les revenus imposables et non imposables en France et à l'étranger des 12 derniers mois, y compris ceux du conjoint et des personnes à charge de moins de 25 ans.

Cette condition de ressources n'est pas applicable aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et aux membres de leur foyer.

Il est possible de faire une simulation de droits sur le site www.ameli.fr.

Attention : Si la personne est bénéficiaire d'une aide au logement, hébergée gratuitement ou propriétaire de son logement, un montant forfaitaire est ajouté aux ressources.

Dossier de demande

Formulaire S3711e : à retirer à la caisse d'assurance maladie du lieu de résidence ou à la CAF pour les bénéficiaires du RSA, ou à imprimer sur www.cmu.fr.

- **Pièces justificatives à fournir**
- **Pièce d'identité en cours de validité :** carte d'identité, passeport
- **Preuve de la stabilité, de la présence en France depuis plus de trois mois :** quittances de loyer, bail, factures...
- **Justificatif du revenu fiscal des 12 derniers mois :** bulletins de paie...
- **Justificatifs des personnes à charge :** si besoin
- **Carte vitale et attestation d'assurance maladie**
- **Formulaire de choix de l'organisme de gestion**. La liste des organismes est consultable sur www.cmu.fr.
- Un état bancaire peut être demandé.

Ouverture des droits

- **Affiliation à la CMU-C**

Le délai d'obtention est de deux mois maximum et prend effet à compter du 1er du mois suivant la décision de l'organisme (sauf urgence). Les droits sont ouverts pour un an.

- **Choix de l'organisme gestionnaire**

La CMU-C peut être gérée soit par la CPAM, la MSA... soit par un organisme de complémentaire (mutuelle, institut de prévoyance ou assurance) inscrit sur une liste nationale disponible sur www.cmu.fr.

Attention : Dans le dossier de demande, il faut veiller à bien cocher l'option choisie pour désigner l'organisme de gestion de la CMU-C :
Option A : assurance maladie
Option B : complémentaire

Si la personne avait auparavant une complémentaire santé proposée par un organisme référencé dans la liste nationale, elle peut la conserver en étant sous le régime de la CMU-C. Elle n'aura plus à régler la cotisation si le dossier est accepté.

Renouvellement

Si les revenus ne dépassent toujours pas le plafond, les droits à la CMU-C peuvent être conservés pour le bénéficiaire et ses ayants-droit.
Il faut à nouveau remplir un dossier de demande de CMU-C. Il faudra joindre un justificatif de résidence en France de façon permanente pendant plus de 6 mois durant les 12 derniers mois ainsi que le document remis par l'organisme complémentaire précisant la date de fin de la protection complémentaire.

Attention : Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé deux mois avant la date de fin de la protection complémentaire pour ne pas perdre les droits.

Décision de la caisse d'assurance maladie

La caisse d'assurance maladie signifie par courrier sa décision après vérification des critères d'attribution.

- **Si la réponse est positive,** l'ensemble des personnes mentionnées sur le dossier sont couvertes par la CMU-C. Il faut procéder à la mise à jour de l'ensemble des cartes Vitales du foyer et remettre à chacun un exemplaire de l'attestation de droits CMU-C. Cette attestation est notamment nécessaire chez les professionnels de santé pour éviter de faire l'avance des frais.
- **Si la réponse est négative,** une nouvelle demande pourra être effectuée en cas de diminution de revenus ou de changement de situation familiale.

Sortie de CMU-C

Si le renouvellement a été refusé, la personne a droit au maintien pendant un an de la dispense de frais sur la part obligatoire.
De plus, si la CMU-C était gérée par un organisme complémentaire, la personne a droit à un contrat de complémentaire santé avec un tarif avantageux durant un an : il s'agit du contrat de sortie CMU-C.

À retenir :

Les bénéficiaires de la CMU-C peuvent également obtenir des réductions sur leurs factures de gaz et d'électricité ainsi que sur leur carte de transport.
Pour le gaz et l'électricité, il n'y a pas de démarche à effectuer : la caisse d'assurance maladie transmet les coordonnées du bénéficiaire aux fournisseurs d'énergie.
Pour le transport, le bénéficiaire doit contacter son agence.

Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) est une aide financière pour l'acquisition d'une complémentaire santé. Cette aide est délivrée par le régime obligatoire (régime général, agricole ou des indépendants) et est soumise à conditions de ressources.



Modalités

L'ACS se présente sous forme d'un chèque à utiliser dans les 6 mois, auprès d'un organisme complémentaire conventionné. Le chèque sera déduit du montant total de la cotisation annuelle de la complémentaire santé.

Chaque membre du foyer âgé de plus de 16 ans reçoit un chèque à son nom (cf. barèmes en annexes). Exemple : une personne âgée de 18 ans recevra un chèque d'un montant de 200€ à déduire de sa cotisation annuelle.

L'obtention de l'ACS permet également de recevoir une attestation de tiers payant social valable 18 mois. Sur présentation, elle permet d'éviter l'avance des frais sur la partie du régime obligatoire chez les professionnels de santé.

Public concerné

- **Condition de statut**

Il faut résider en France de manière stable et ininterrompue depuis plus de trois mois, en situation régulière. L'ACS concerne l'ensemble du foyer.

- **Conditions de ressources**

Les revenus des 12 derniers mois doivent être compris entre le plafond d'attribution de la CMU-C et ce même plafond augmenté de 35%.

Bon à savoir : L'ensemble des revenus du foyer sont pris en compte dans l'étude du dossier. Toutefois, un jeune majeur ne vivant plus chez ses parents, faisant une déclaration fiscale séparée ou attestant par écrit sur l'honneur en faire une l'année suivante et ne percevant pas de pension alimentaire, peut faire une demande d'ACS à titre individuel.

Demande de l'ACS

Il existe deux formulaires de demande, à retirer auprès de l'organisme du lieu de résidence qui gère le régime obligatoire ou à imprimer sur www.cmu.fr :

- **Formulaire S3711e**, le même que pour la CMU-C. S'il y a un refus pour la CMU-C, le dossier est automatiquement étudié pour l'ACS.

OU

- **Formulaire S3715** d'ACS uniquement, si la personne est certaine de ne pas pouvoir bénéficier de la CMU-C.

- **Pièces justificatives à fournir**
  (identiques à celles pour la CMU-C)

Elles tiennent compte des ressources du foyer et de la composition familiale.

- **Pièce d'identité en cours de validité :** carte d'identité, passeport
- **Preuve de la stabilité, de la présence en France depuis plus de trois mois :** quittances de loyer, bail, factures...
- **Justificatif du revenu fiscal des 12 derniers mois :** déclaration fiscale, autres documents...
- **Justificatifs des personnes à charge :** si besoin
- **Carte vitale et attestation de sécurité sociale**
- Un état bancaire peut être demandé.

Ouverture du droit

- **Deux mois pour le traitement du dossier**

Il faut compter deux mois entre la date de réception du dossier et celle de la réponse adressée par courrier.

- **Durée de l'aide**

L'aide est attribuée pour un an, à compter de :

- la date de remise du chèque à l'organisme complémentaire, pour un contrat en cours (si la personne a déjà une mutuelle),
- la date de début de contrat (si la personne prend un nouveau contrat).

- **Renouvellement**

La demande de renouvellement est à faire deux mois avant l'échéance de la fin de contrat pour assurer un maintien des garanties, en renvoyant un dossier auprès de l'organisme de régime obligatoire.

Remarques : L'ACS n'est pas une complémentaire santé, ni une deuxième CMU-C. Cette aide est un chèque à valoir sur l'adhésion à une couverture complémentaire.

Obligations des complémentaires santé

L'ACS doit obligatoirement être utilisée pour une garantie dite **responsable et solidaire,** caractéristique qui est indiquée au bénéficiaire par l'organisme de complémentaire santé.
Ce dispositif encourage le respect du parcours de soins coordonnés, la déclaration d'un médecin traitant, le non remboursement des participations forfaitaires (par exemple, 1€ pour les consultations chez un généraliste).

- **Frais pris en charge a minima**

- Consultations des médecins traitants et correspondants
- Médicaments remboursés à 65% par le régime obligatoire (prise en charge au moins à 30%)
- Frais d'analyse ou de laboratoire pour deux actes de prévention

- **Frais non pris en charge**

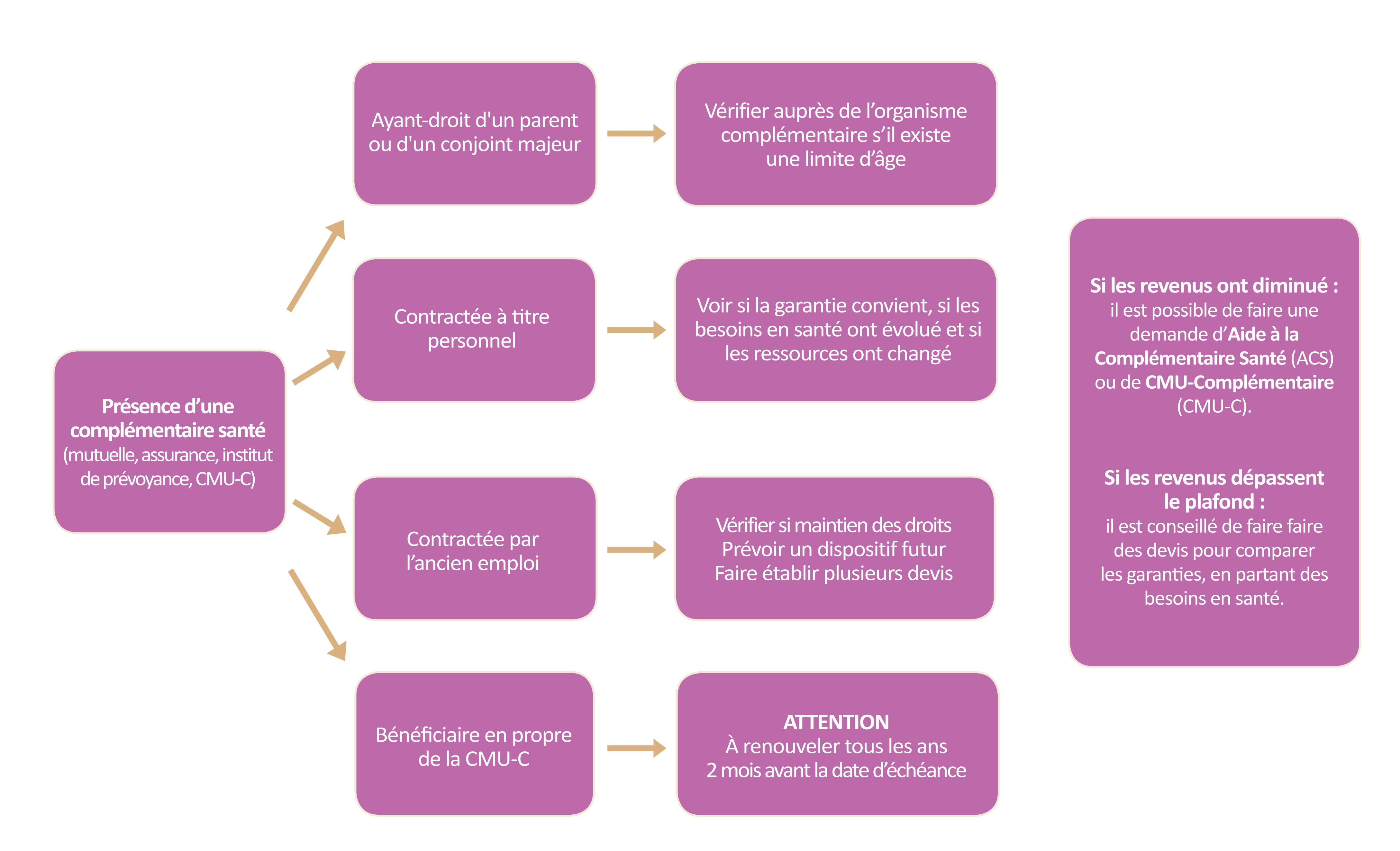
- Majoration dûe à une situation hors parcours de soins coordonnés (cf. page 10)
- Participation forfaitaire et franchises
- Frais non couverts par le niveau de garantie

À retenir :

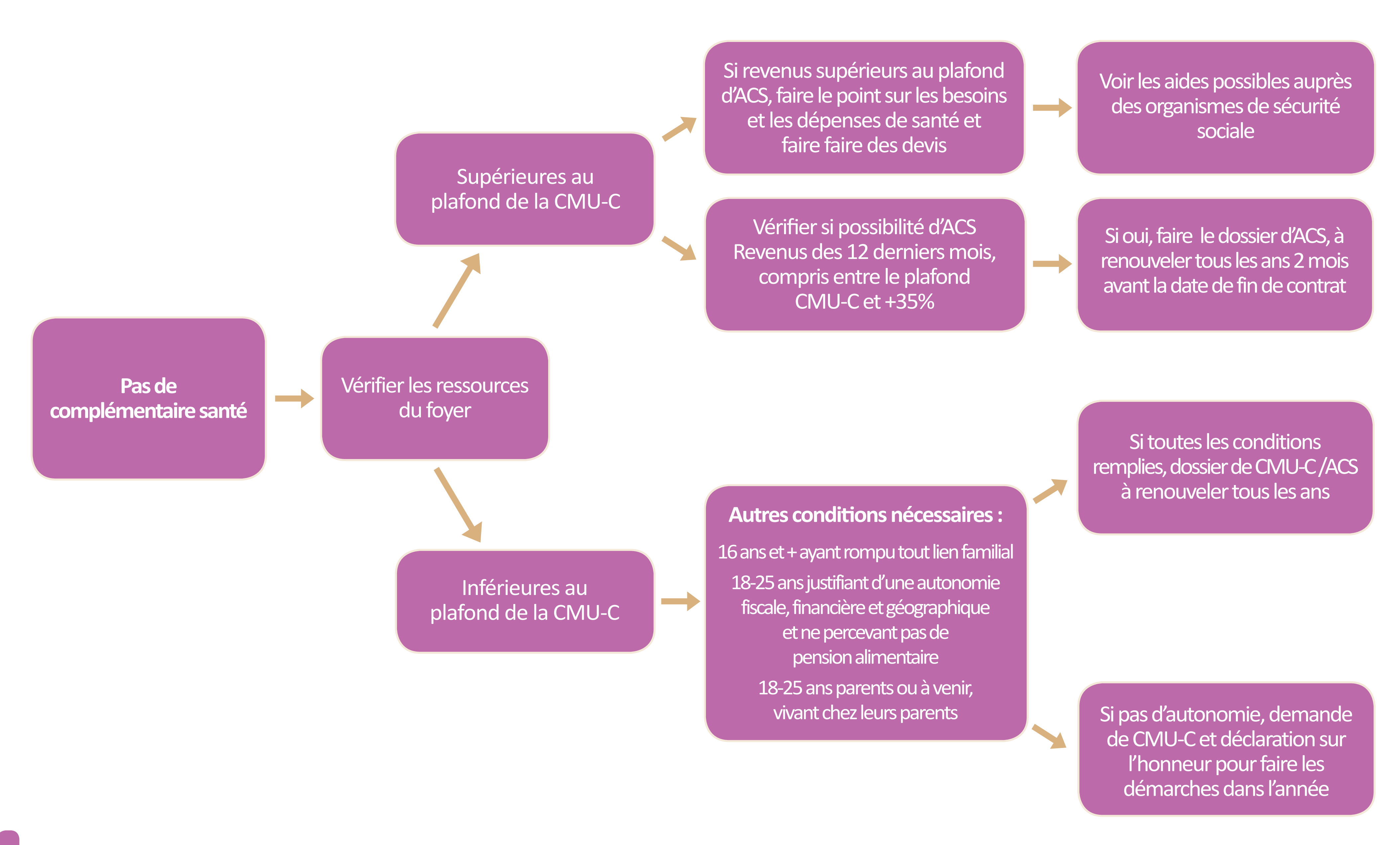
L'ACS ne peut pas être utilisée dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire souscrit par l'employeur.

L'ACS permet d'obtenir des réductions sur les factures de gaz et d'électricité.

Arborescence n°15 : Bénéficiaire d'une complémentaire santé



Arborescence n°16 : Non bénéficiaire d'une complémentaire santé



Aide Médicale d'État (AME)

L'Aide Médicale d'État (AME) permet aux personnes étrangères, résidant en France sans titre de séjour, de bénéficier, sous certaines conditions, d'une prise en charge de leurs dépenses de santé jusqu'à 100% des tarifs fixés par l'assurance maladie.



Public concerné

- **Conditions de statut**
- Résider en France de manière irrégulière, c'est-à-dire ne pas disposer de titre de séjour ou d'un document attestant d'une demande d'obtention de titre de séjour en cours.
- Résider en France de manière stable, c'est-à-dire depuis une durée ininterrompue d'au moins trois mois.

Remarque : Les mineurs sont dispensés du délai de résidence.

- **Conditions de ressources**

Les revenus ne doivent pas dépasser un montant fixé à 8645€ par an* en France métropolitaine pour une personne seule (mêmes conditions de ressources que la CMU-C). Ces conditions varient selon la composition du foyer.

Dossier de demande

Formulaire s 3720 d : à retirer à la CPAM ou à imprimer sur www.ameli.fr.

- **Pièces justificatives à fournir**
- **Pièce d'identité en cours de validité :** carte d'identité, passeport, extrait d'acte de naissance traduit
- **Domiciliation :** justificatif ou attestation de domiciliation. Un organisme agréé (CCAS ou association agréée) peut jouer ce rôle.
- **Preuve de la stabilité, de la présence en France depuis plus de trois mois :** quittances de loyer, bail, factures, date d'entrée en France sur le passeport...
- **Justificatif du revenu fiscal de l'année précédente en France ou à l'étranger au moment de la déclaration :** dernier avis d'imposition ou de non-imposition, bulletins de paie, avis de pôle-emploi,

** Chiffres au 1er juillet 2014. Données actualisées disponibles sur www.cmu.fr ou www.ameli.fr.*

pensions alimentaires, allocations diverses, si le logement est à titre gracieux… (sauf pour les bénéficiaires du RSA socle et de la CMU-C)

- **Photo d'identité**
- **Justificatif des personnes à charge**, avec les mêmes justificatifs que précédemment et les photos des personnes concernées

Ouverture des droits

Le bénéficiaire sera invité à retirer personnellement sa carte de bénéficiaire de l'AME auprès de la CPAM du lieu de résidence. Sa durée de validité est d'un an, avec possibilité de reconduire la demande deux mois avant la date d'expiration des droits.

Couverture de base et complémentaire

L'AME prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100% des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie. Sur présentation de la carte AME, la personne peut bénéficier d'une dispense d'avance des frais.

- **Frais pris en charge**
- Frais de médecine générale et spéciale
- Frais de soins et de prothèses dentaires
- Médicaments
- Frais d'analyses et examens de laboratoire
- Frais d'hospitalisation et intervention chirurgicale
- Frais d'examen prénuptial, liés à la contraception ou à la grossesse, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
- Frais pour certains vaccins ou dépistages
- Forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire et franchises

Remarque : Le dispositif de médecin traitant et de parcours de soins coordonnés ne s'applique pas aux bénéficiaires de l'AME.

- **Prestations exclues de l'AME**
- Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.
- Il n'existe pas de forfait supplémentaire pour la prise en charge des soins dentaires, lunettes et prothèses auditives.
- Les cures thermales et les frais relatifs à la Procréation Médicalement Assistée (PME) ne sont pas couverts.

Bon à savoir : Pour les mineurs, les frais médicaux restent pris en charge à 100% dans tous les cas.

Changement de situation

En fonction du changement de situation survenu, ayant permis sa régularisation sur le territoire, le bénéficiaire de l'AME doit se rapprocher de l'organisme obligatoire (CPAM, MSA, RSI, régime étudiant…) pour faire valoir l'ouverture de ses droits à l'assurance maladie ainsi qu'aux éventuelles aides qui peuvent lui être proposées en matière d'accès aux soins.

À retenir :

Tous les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de l'AME.

Pour le conseiller Date : ....

Nom : .... **Prénom : ....**

Âge : .... Date de naissance : ....

Lieu de naissance : ....

N° de sécurité sociale : ....

☐ Célibataire ☐ Marié/pacsé/en couple ☐ Veuf/divorcé/séparé

Nb d'enfants à charge : ....

Installation dans les 12 derniers sur le département : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, département d'origine : ....

Hébergement : ☐ Hébergé à titre gratuit ☐ Locataire ☐ Propriétaire
☐ Sans logement ☐ Chez les parents

Aide au logement : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP

Demandeur d'emploi : ☐ Oui ☐ Non

Contrat Jeunes Majeurs, Garantie jeunes : ☐ Oui ☐ Non

Bulletins de salaire des 12 derniers mois : ☐ Oui ☐ Non

Si activité professionnelle dans les 12 derniers mois Arborescence n°1

Statut : ☐ Salarié ☐ Salarié agricole ☐ Indépendant ☐ Autre

Si activité salariale, a travaillé au minimum :
☐ 1200h sur l'année ☐ 120h sur le trimestre ☐ 60h sur le mois

Autres ressources : ☐ Oui ....€ ☐ Non

Aide financière des parents : ☐ Oui ....€ ☐ Non

Déclaration de revenus individuelle : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si pas d'activité professionnelle ou insuffisante Arborescence n°2

Déclaration de revenus individuelle : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Ressources financières des 12 derniers mois : ....€

Autres ressources : ☐ Oui ....€ ☐ Non

Aide financière des parents : ☐ Oui ....€ ☐ Non

Cas spécifiques

Étudiant :	☐ Oui	Arborescence n°3
Bénéficiaire du CIVIS :	☐ Oui	Arborescence n°4
Signataire du RSA :	☐ Oui	Arborescence n°5
Allocation adulte handicapé :	☐ Oui	Arborescence n°6
Militaire ou ancien militaire :	☐ Oui	Arborescence n°7
Formation professionnelle :	☐ Oui	Arborescence n°8
Mineur ou femme isolée avec enfant :	☐ Oui	Arborescence n°9
Détenu, ayant-droit :	☐ Oui	Arborescence n°10
Décès de l'ouvrant-droit :	☐ Oui	Arborescence n°11
Expatrié :	☐ Oui	Arborescence n°12
Personne étrangère CE :	☐ Oui	Arborescence n°13
Personne étrangère hors CE :	☐ Oui	Arborescence n°14

Possession de la carte Vitale : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP

Ayant-droit d'un assuré : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP

Carte Vitale à jour : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Déclaration de médecin traitant à jour : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Régime d'assurance maladie : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ Autre ☐ NSP

Bénéficiaire de la CMU-Base : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP

☐ A une complémentaire santé (CS) Arborescence n°15

☐ N'a pas de CS Arborescence n°16

☐ NSP

Bénéficiaire de la CMU-C : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP

Ayant-droit d'une CS par le parent ou le conjoint : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Adhérent d'une CS en personne : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Bénéficiaire de l'ACS : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours ☐ NSP

Prochain rendez-vous : ....

Papiers nécessaires pour le prochain rendez-vous :

☐ Déclaration d'imposition individuelle
☐ Bulletins de salaire des .... derniers mois
☐ Montant aide financière des parents
☐ Montant allocation adulte handicapé
☐ Titre de séjour
☐ Carte Vitale personnelle
☐ Carte de complémentaire santé
☐ ....
☐ ....
☐ ....
☐ ....
☐ ....
☐ ....
☐ ....
☐ ....

Démarches à faire pour le prochain rendez-vous :

....
....
....
....
....
....

Pour le jeune Date : ....

Papiers nécessaires pour le prochain rendez-vous :

☐ Déclaration d'imposition individuelle
☐ Bulletins de salaire des .... derniers mois
☐ Montant aide financière des parents
☐ Montant allocation adulte handicapé
☐ Titre de séjour
☐ Carte Vitale personnelle
☐ Carte de complémentaire santé
☐ ....
☐ ....
☐ ....
☐ ....
☐ ....
☐ ....
☐ ....
☐ ....

Démarches à faire pour le prochain rendez-vous :

....
....
....
....
....
....
....

Prochain rendez-vous :

....

Avec ....

Conseiller(ère) de votre Mission Locale

Merci de prévenir en cas d'impossibilité de vous rendre au rendez-vous

Coordonnées de votre Mission Locale

Fiche contacts

CPAM

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
@ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
@ :

MSA

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
@ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
@ :

RSI

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
@ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
@ :

Autres contacts

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
@ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
@ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
@ :

Nom :
Prénom :
Fonction :
☎ :
@ :

Formulaires et barèmes

Formulaires : dossiers pour demande d’aides

- CMU-B Couverture Maladie Universelle, Protection de Base (S3710c)
- CMU-C/ACS Couverture Maladie Universelle Complémentaire et Aide pour la Complémentaire Santé (S3711e)
- CMU-C, choix par le demandeur de l’organisme en charge de la CMU-C (S3712a)
- CMU-C, choix pour les membres ayants-droit de l’organisme en charge de la CMU-C (S3713a)
- ACS, Aide pour la Complémentaire Santé (S3715a)
- AME, Aide Médicale de l’État (S3720d)
- Exemple d’attestation de droit à l’ACS

Formulaires de déclaration d'immatriculation

- Immatriculation d’un étudiant
- Immatriculation d’un bénéficiaire allocation chômage

Formulaires pour ayants-droit

- Demande de rattachement des enfants à l’un des parents
- Demande de rattachement autre que les enfants
- Attestation de qualité d’ayant-droit

Formulaires de déclaration

- Attestation sur l’honneur de recherche d’emploi
- Déclaration de choix de médecin traitant
- Déclaration de changement de situation

Barèmes

- Plafonds d’attribution CMU-C, ACS et AME

Sites ressources

- www.ameli.fr
- www.cmu.fr